
22101465160

LE

MALATTIE DELLE DONNE

Biblioteca Medica Contemporanea
DELLA
ANTICA CASA EDITRICE DOTT. FRANCESCO VALLARDI

GRAILY HEWITT, M. D. LOND., F. R. C. P.

PROF. DI OSTETRICIA E DI MALATTIE DELLE DONNE NELL'UNIVERSITY COLLEGE ED OSTETRICO NELL'OSPEDALE
GIÀ PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ OSTETRICA DI LONDRA, MEMBRO ONORARIO DELLA SOCIETÀ DI BERLINO
MEMBRO ONOR. DELLA SOCIETÀ GINECOLOGICA DI BOSTON, MEMBRO ONOR. DELLA SOCIETÀ MEDICA DI HELSINGFORS

PATOLOGIA, DIAGNOSI E CURA
DELLE
MALATTIE DELLE DONNE

Prima traduzione italiana autorizzata sulla quarta edizione inglese
(riveduta, aumentata, ed in gran parte riscritta)
CON NOTE ED AGGIUNTE ORIGINALI ILLUSTRATE
DEL
Dott. ANGELO SCAMBELLURI
E CON PREFAZIONE DEL
PROF. A. D'ANTONA
Prof. ordinario di Patologia Chirurgica
e di Clinica chirurgica propedeutica nell'Università di Napoli

Illustrata da 207 figure

MILANO
ANTICA CASA EDITRICE DOTT. FRANCESCO VALLARDI
Via Disciplini 15

BOLOGNA Via Farini, 10 — FIRENZE Via Alfani, 41 — NAPOLI Via Monteoliveto, 70 — ROMA Via Convertite, 5 — TORINO Via Carlo Alb. 5

1885

Stabilimento Tipografico dell' Unione

AI MEMBRI

DELLA

SOCIETÀ OSTETRICA DI LONDRA

QUEST' OPERA

RISPETTOSAMENTE DEDICA

L'AUTORE

PREFAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

Al lettore

Col proporre all'amico DOTTOR SCAMBELLURI la traduzione dell'opera di Graily Hewitt sulle **malattie delle donne** e coll'incoraggiare LA CASA EDITRICE DR. FRANCESCO VALLARDI a farne una edizione in italiano, io ho inteso rendere un segnalato servigio agli studî ginecologici del nostro paese.

L'intelligente e ben noto traduttore non potea incontrarsi in più solerte editore per darci un libro che, sempre, mi è parso assai elevato, ed eccezionalmente opportuno, come dirò, per gli studii di Napoli.

Nelle prime edizioni l'illustre Autore divise l'opera in due parti; e cioè nella prima era esposta la semiotica e diagnostica delle malattie muliebri, e nella seconda la Patologia e Clinica delle stesse.

Siccome accade a tutti gli uomini di genio, il Graily Hewitt, nel riprodurne la stessa opera, non ha potuto fare a meno di portarvi una nuova impronta e nuove vedute derivate dai continui studii ed ulteriori osservazioni. Difatti egli ha creduto di dovere modificare quel suo primo schema d'esposizione per tenersi ad un'altro, che egli ha dovuto giudicare più conforme all'insegnamento e diffusione delle sue dottrine.

Già il progresso, che l'A. colla prima edizione della sua opera avea segnato nella scienza, fu grande; e fu specialmente nella Patologia e Clinica meccanica dell'utero e dei suoi annessi che le sue osservazioni brillarono di verità ed originalità. Ma coi suoi continui studii ed osservazioni vennero nuovi risultati a riaffermare ed ampliare le sue prime idee, risultati che egli ha successivamente publicati in alcune note, e specialmente in alcune splendide letture fatte al Collegio dei Chirurgi di Londra. La presente edizione compendia tutti i precitati lavori.

Ora bisogna convenire che la parte riguardante la Patologia meccanica dell'Utero ed annessi, così come l'A. la ha intesa ed esposta, è di tale un'originalità e severità scientifica e pratica, che difficilmente può riscontrarsene un paragone in altro scrittore di cose simili.

Nuove ed originali sono le sue concrete idee sulle conseguenze che il fatto semplicemente meccanico della flessione uterina apporta sul circolo, sulla nutrizione ed innervazione dell'Utero. Splendidi sono i quadri clinici e la patogenesi dei disturbi nervosi a cominciare dal dolore dismenorroico sino all'isteromania, conseguenti alla flessione uterina e dipendenti dalla compressione dei nervi.

L'A. dopo avere rappresentata in una nuova forma concreta la patogenesi delle flessioni uterine acquisite, specialmente nelle giovani male nutrite, decadute di nutrizione, o dedite a speciali lavori, fa seguire uno studio accurato ed altamente scientifico di tutte le conseguenze delle deviazioni uterine dalla dismenorrea al catarro, allo ingorgo cronico, all'abbassamento della matrice.

Oh! quante novità e fatti al Clinico verrà fatto d'osservare e scovrire in ciascun caso clinico, dopo ch'ei sarà istruito dalla lettura e studio di questo prezioso libro! ma dove quelle nuove e più concrete idee di Patologia Uterina splendono di verità ed utilità pratica è appunto nella parte riguardante i principii generali di cura meccanica. Grande è stato il progresso dell'ortopedia uterina per opera di Hewitt.

Il giovane chirurgo dee persuadersi, e lo sarà dopo lo studio del libro, ed il controllo clinico, che bene spesso certe moleste, pertinaci ed incurabili sofferenze uterine non possono esser compensate diversamente che coll'applicazione di un bene appropriato pessario; e che specialmente il rimediare a tempo una incipiente deviazione vale appunto il garentire una povera donna da una sequela inevitabile e lunga di malattie sessuali.

Per riaffermare queste idee nella mente della classe dei nostri giovani chirurghi di Napoli specialmente, nessuna opera può servire meglio di quella di Hewitt.

Dicevo di Napoli, perchè qui per una serie di combinazioni le dottrine dominanti in Patologia e Clinica Ginecologica sono contrarie ad ogni principio meccanico, e precipuamente contrarie ad ogni compenso curativo meccanico. *Guerra ad ogni sorta di pessario*, è il motto clinico; *i pessarii moderni ad anello e loro varietà riescono a nulla, mancano della ragione scientifica di essere, e dopo tutto sono cagione di un mondo di guai e malori.*

Sempre che ho potuto io mi sono sempre levato contro queste dottrine; e non ostante tutti gli sforzi durati sono quasi il solo, o almeno sono stato il solo, a fare uso largo dei pessarii, come frequentissime sono a riscontrarsi qui le deviazioni uterine; e soggiungerò ad incoraggiamento dei giovani che tra le migliori soddisfazioni professionali della mia pratica conto appunto quelle procuratemi colla semplice e giudiziosa applicazione di un pessario. In più occasioni, e ne sono testimoni molti primarii medici di qui, ho potuto in un solo esame riconoscere una deviazione, e compensarla subito con un pessario in donne, che sono state per lungo tempo inutilmente curate, e inutilizzate per mesi e mesi per sofferenze che anche a letto rendevano l'esistenza assai odiosa.

Insomma mi è sembrato sempre indecoroso per la Chirurgia Napolitana che gl' immensi progressi della Chirurgia delle donne, e specialmente della cura meccanica delle deviazioni uterine, e dell'abbassamento della matrice dovessero essere dimenticati e non curati.

Per questo stato delle cose nostre nessun libro, come s'intende da sè, potea sembrarmi più opportuno per Napoli di quello di Hewitt, che è il più originale cultore e splendido espositore di quella parte della ginecologia. Che i giovani ne approfittino, e grande sarà il loro utile.

Napoli, luglio 1885.

d' ANTONA

PREFAZIONE ALLA QUARTA EDIZIONE

Dieci anni sono trascorsi dacchè ho pubblicato la terza edizione di questo mio libro — Tutto quello che in questo tempo ho guadagnato in esperienza ed in osservazioni fu da me fedelmente raccolto e riferito.

Nella terza edizione cercai di enunciare e dimostrare alcuni principî generali intorno alla patologia delle malattie uterine, più specialmente per mostrare che i cambiamenti di forma e di posizione dell'utero sono direttamente o indirettamente l'origine degli incomodi e delle sofferenze a cui la donna va soggetta per le affezioni speciali del suo sesso. Le conclusioni alle quali io sono arrivato dieci anni sono, vennero poi confermate dalla esperienza. In questo volume il lettore troverà un altro contributo di fatti e di osservazioni sull'argomento.

Inoltre volli fare in questa edizione un passo avanti, spiegando, per quanto io credo in modo soddisfacente, il come ed il perchè avvengano i suddetti cambiamenti di forma e di posizione dell' utero; quali, in una parola, sieno le loro cause predisponenti. Una larga esperienza mi ha posto in grado di scovrire un'altra, e per me più importante, causa di questi inconvenienti, voglio dire che le alterazioni suaccennate dell'utero si trovano più spesso in donne la cui costituzione generale è fortemente indebolita da una sistematica, e spesso prolungata, abitudine di nutrirsi insufficientemente. Il nome di « inanizione cronica » designa con proprietà questo stato di cose; ed una lunga serie di osservazioni mi ha convinto che questo è uno dei più importanti fattori delle suddette malattie.

Queste sono considerazioni fondamentali della patologia dell'utero ed esse costituiscono la base di tutto ciò che si deve o si può dire intorno all'argomento. Nel mio libro ho posto grande attenzione allo svolgimento ed alla applicazione dei suddetti principî che naturalmente si riducono a questo solo : — la dipendenza della nutrizione *locale* da quella *generale*. Se non v' è nulla di nuovo in questa dottrina, spero aver fatto cosa utile ad ogni modo trattando in maniera più precisa di quel che si sia fatto finora delle sue applicazioni alle malattie delle donne.

Anche la questione dell' Isteria e dell' Istero-epilessia fu oggetto de' miei studi e in questo volume sottopongo allo spassionato giudizio dei miei lettori buon numero di osservazioni e di deduzioni su quest' argomento

Una classe importante di casi è quella in cui la gravidanza è associata a flessioni dell' utero; questo è un argomento di grande interesse, come quello affine che riguarda la causa del vomito nella gravidanza. In questo libro li ho descritti molto ampiamente ed ho cercato di rendere evidente la verità delle dottrine relative, che già da parecchi anni aveva annunziate.

Infine ho aggiunto un numero considerevole di nuove figure che in massima parte rappresentano le flessioni e gli spostamenti dell' utero, disegnate grandi al vero, e per le varie cure meccaniche ho fatto disegnare in grandezza naturale anche gli istrumenti, allo scopo di rendere le descrizioni e le norme necessarie per la cura, più esplicite e meno suscettibili di falsa interpretazione.

Insomma la massima parte di questa nuova edizione è stata rifatta da capo.

G. H.

INDICE

CAPITOLO I.

CONSIDERAZIONI GENERALI RELATIVE ALLE MALATTIE DEGLI ORGANI SESSUALI DELLE DONNE.

CAPITOLO II.

STORIA NATURALE DELL'UTERO E DELLE OVAJE.

CAPITOLO III.

ESAME DELL'UTERO E DELLE OVAJE.

CAPITOLO IV.

SINTOMATOLOGIA DELLE MALATTIE DELL'UTERO.

CAPITOLO V.

PATOLOGIA GENERALE DELL'UTERO.

CAPITOLO VI.

CONDIZIONI ANORMALI DEI TESSUTI DELL'UTERO. CATTIVA NUTRIZIONE DELL'UTERO — MOLLEZZA ANORMALE.

CAPITOLO VII.

CONGESTIONE DELL'UTERO ED IPERTROFIA CONGESTIVA.

CAPITOLO VIII.

SUB-INVOLUZIONE DELL'UTERO. ATROFIA ED IPERTROFIA DELL'UTERO.

CAPITOLO IX.

CURA DELLE VARIE ALTERAZIONI DI STRUTTURA DELL'UTERO — CATTIVA NUTRIZIONE DELL'UTERO, CONGESTIONE, IPERTROFIA CONGESTIVA, ECC.

CAPITOLO X.

CONDIZIONI ANORMALI DELLA MUCOSA DELL'UTERO.

CAPITOLO XI.

INFIAMMAZIONE ACUTA DELL'UTERO.

CAPITOLO XII.

SVILUPPO DIFETTOSO DELL'UTERO, MALFORMAZIONI CONGENITE.

CAPITOLO XIII.

SPOSTAMENTI, DISTORSIONI (FLESSIONI) DELL'UTERO. — 1. FORMA NORMALE, POSIZIONE E MOVIMENTI DELL'UTERO.

CAPITOLO XIV.

SPOSTAMENTI, DISTORSIONI (FLESSIONI), DELL'UTERO. 2. PATOLOGIA E STORIA GENERALE.

CAPITOLO XV.

SPOSTAMENTI E DISTORSIONI DELL'UTERO (FLESSIONI). — 3. ETIOLOGIA.

CAPITOLO XVI.

SPOSTAMENTI E DISTORSIONI DELL'UTERO (FLESSIONI). 4. CLASSIFICAZIONE ED EFFETTI PATOLOGICI.

CAPITOLO XVII.

SPOSTAMENTI E DISTORSIONI DELL'UTERO (FLESSIONI). 5. SINTOMI, STERILITÀ ED ABORTI.

CAPITOLO XVIII.

SPOSTAMENTI E DISTORSIONI DELL'UTERO (FLESSIONI). 6. PRINCIPII GENERALI DI CURA.

CAPITOLO XIX.

RETROFLESSIONE E RETROVERSIONE DELL'UTERO.

CAPITOLO XX.

RETROFLESSIONE E RETROVERSIONE DELL'UTERO.

(*Continuazione*)

CAPITOLO XXI.

ANTIFLESSIONE ED ANTIVERSIONE DELL'UTERO.

CAPITOLO XXII.

ANTIFLESSIONE E ANTIVERSIONE DELL'UTERO.

(*Continuazione*)

CAPITOLO XXIII.

ANTIFLESSIONE ED ANTIVERSIONE DELL'UTERO.

(*Continuazione*)

CAPITOLO XXIV.

ANTIFLESSIONE ED ANTIVERSIONE DELL'UTERO — (*continuazione*)

CURA — (*continuazione*).

CAPITOLO XXV.

LATERIFLESSIONE, SPOSTAMENTO LATERALE ED ANTI- E RETROFLESSIONE ALTERNANTI DELL'UTERO.

CAPITOLO XXVI.

INCISIONE E DILATAZIONE DEL CANALE CERVICALE DELL'UTERO. — PESSARII AD ASTA.

CAPITOLO XXVII.

CONCOMITANZA DELLA GRAVIDANZA COLLE FLESSIONI DELL'UTERO.

CAPITOLO XXVIII.

VOMITO DELLA GRAVIDANZA.

CAPITOLO XXIX.

MALATTIE E LESIONI DELLA BOCCA E DEL COLLO DELL'UTERO.

CAPITOLO XXX.

INVERSIONE CRONICA DELL'UTERO.

CAPITOLO XXXI.

PROLASSO DELL'UTERO.

CAPITOLO XXXII.

AMENORREA.

CAPITOLO XXXIII.

MENORRAGIA.

CAPITOLO XXXIV.

DISMENORREA.

CAPITOLO XXXV.

LEUCORREA E SCOLI NON SANGUIGNI DEGLI ORGANI GENERATIVI.

CAPITOLO XXXVI.

ALTERAZIONI NERVOSE RIFERIBILI ALL'UTERO — ISTERONEVROSI — CONSIDERAZIONI GENERALI.

CAPITOLO XXXVII.

ISTERONEVROSI (*continuazione*) — NAUSEA ISTERICA E VOMITO DIPENDENTI DA IRRITAZIONE UTERINA RIFLESSA.

CAPITOLO XXXVIII.

ISTERONEVROSI (*continuazione*). — ISTERIA, CONVULSIONI ISTERICHE, ISTEROEPILESSIA.

CAPITOLO XXXIX.

ISTERONEVROSI (*continuazione*).—DISTURBO MENTALE DIPENDENTE DA IRRITAZIONE RIFLESSA UTERINA. — CEFALALGIA.

CAPITOLO XL.

EMATOCELE PERIUTERINO.

CAPITOLO XLI.

CELLULITE PELVICA, PERITONITE PELVICA ED ASCESSO PELVICO.

CAPITOLO XLII.

FIBROMI UTERINI, POLIPI E TUMORI FIBROCISTICI DELL'UTERO.

CAPITOLO XLIII.

CANCRO DELL'UTERO, DELLA VAGINA, ECC.

CAPITOLO XLIV.

TUBERCOLO DELL'UTERO: DISTENSIONE DELL'UTERO PRODOTTA DA LIQUIDO (IDROMETRA ED EMATOMETRA) O DA GAS (FISOMETRA).

CAPITOLO XLV.

MALATTIE DELLE TROMBE DI FALLOPPIO.

CAPITOLO XLVI

MALATTIE DELLE OVAIE: OVARITE, SPOSTAMENTO DELLA OVAIA, NEVROSI, OPERAZIONE DI BATTEY.

CAPITOLO XLVII.

MALATTIE DELLE OVAIE — (*continuazione*).

CAPITOLO XLVIII.

MALATTIE DELLE OVAIE — (*continuazione*).

CAPITOLO XLIX.

MALATTIE DELLE OVAIE — (*continuazione*),

CAPITOLO L.

MALATTIE DEL PERINEO E DELLA VULVA.

CAPITOLO LI.

MALATTIE DELLA VAGINA.

CAPITOLO LII.

MALATTIE DELL'URETRA E DELLA VESCICA.

APPENDICE.

A. DIAGNOSI DIFFERENZIALE FRA I DOLORI RELATIVI AGLI ORGANI GENERATIVI INTERNI, INCLUSA LA DISMENORREA.

B. DIAGNOSI DIFFERENZIALE FRA I TUMORI PELVICI E L'INGRANDIMENTO DELL'UTERO, COMPRESA LA GRAVIDANZA, PER MEZZO DELLA ESPLORAZIONE DIGITALE DALLA VAGINA.

C. DIAGNOSI DEI TUMORI ADDOMINALI, INCLUSA LA GRAVIDANZA — ESAME DELL'ADDOME.

D. STERILITÀ.

INDICE DELLE FIGURE

FIGURE AGGIUNTE DAL TRADUTTORE

CAPITOLO I.

CONSIDERAZIONI GENERALI RELATIVE ALLE MALATTIE DEGLI ORGANI SESSUALI DELLE DONNE.

Rapporti che passano fra le malattie generali e locali. — Importanza che ha il mantenimento del conveniente potere nutritivo riguardo allo stato generale dell' inferma — Debolezza nutritiva dell'utero come causa di rammollimento dello stesso e come importante fattore nel produrre altre malattie di quest' organo — Importanza relativa delle malattie dell' utero e delle ovaje.

Gli organi sessuali femminili non sono che una parte dell'organismo. Per compiersi le funzioni dei varii organi del corpo in un modo normale è necessario uno stato di sanità generale di tutti gli organi, e se in qualcuno di questi si manifesta un disordine, ordinariamente anche gli altri ne subiscono l' influenza. Sicchè , i sintomi, che, a prima vista sembra che indichino una malattia o un'alterazione locale, possono , dietro un più accurato studio , rivelarsi per una manifestazione di qualche disturbo più generale. Perciò, il giudizio sovra un caso speciale deve, per necessità , esser fatto in un largo senso; è da riprovare qualsiasi esclusivismo nel giudicare di un caso. Questo può esservi sotto due aspetti. Non è da mettere in questione che è un errore tanto il considerare esclusivamente l' elemento *locale*, quanto il tener conto soltanto dell' elemento *generale*; e, mentre l' importanza dell'elemento *locale* talvolta ha potuto essere esagerata dai ginecologi nella pratica, resta il fatto che l'elemento *generale* ha anche molto spesso usurpato il posto dell'altro nella pratica di quelli che non sono ginecologi. Colui che si rifiuta di tener di mira imparzialmente l'uno e l' altro elemento può commettere gravi errori. È certo, in ogni caso, che perderà molte opportunità di ben fare e di mitigare le sofferenze delle inferme.

Nello studio delle malattie degli organi sessuali della donna incontriamo molti e complessi problemi, sulla cui soluzione le opinioni

sono ancora molto incerte e diverse. È evidentissimo che non si può fare nessun positivo progresso nello stabilire i punti discutibili se prima non si determina più soddisfacentemente la relazione che passa fra la malattia *generale* e la *locale*. Si può aver fiducia, ammenochè io non mi sia ingannato, che alcune delle più importanti differenze fra le opinioni attuali si possono eliminare e conciliare con un completo studio dei fatti relativi al modo con cui la malattia *generale* è capace di spiegare influenza e di predisporre o di produrre realmente le malattie *locali* degli organi sessuali femminili. Questo soddisfacente risultato è tanto più probabile che si raggiunga, in quanto che da ambo le parti si debbono fare concessioni e dimostrare scambievole fiducia. Si può asserire che, nello studiare casi ginecologici, non vi è nessuna cosa nuova che indichi l'importanza dell'elemento *generale*; molti dei passati scrittori se ne sono occupati ed alcuni in un modo speciale. Vi sono, però, varie importanti considerazioni relative a questo argomento, che io mi propongo di svolgere con maggiore diffusione nelle seguenti pagine e che hanno il merito di una certa novità. Intendo parlare della deficiente e difettosa nutrizione del corpo in generale e dei suoi effetti sugli organi sessuali, specialmente sull'utero, predisponendoli alle malattie o provocandovele. Sembra che vi sieno solidi argomenti per credere che, escludendo gli accidenti ed i traumi, il primo passo verso la malattia locale, a cui alla fin fine, si arriva, è un generale indebolimento o insufficienza dell'attività nutritiva del corpo. In primo luogo, vi è una debolezza generale, che ha un'influenza nociva più o meno accentuata su tutti gli organi; in secondo luogo, vi è una debolezza speciale e locale, che si rivela nella malattia locale e negli speciali sintomi locali. Noi abbiamo dinanzi i fatti clinici che si possono addurre in favore di questa generalizzazione, e la loro esattezza può essere attestata senza difficoltà dalla semplice osservazione dei casi che giornalmente passano sotto i nostri occhi.

Possiamo dire che la sopradetta asserzione è una verità evidente. E così è; infatti, è l'espressione di una verità fisiologica. Ma, nondimeno, questo principio non ancora è stato applicato ad eliminare le varie difficoltà incontrate dai patologi ginecologici.

Nell'anno 1867, nel discorso inaugurale fatto all'UNIVERSITY COLLEGE, mi proposi l'argomento « Nutrizione come base di cura delle malattie »[1]. Ricordo ciò per mostrare che la mia attenzione è stata da qualche tempo rivolta all'importanza dello studio dell'elemento *generale*. Ma, non prima di cinque o sei anni dietro, conobbi

[1] Nel 1879 feci una comunicazione alla *Harveian Society* sopra « l'esaurimento cronico » (v. *Lancet*, Gennaio, 1879), in cui trattai questo argomento con maggiore diffusione.

quanto sia generale l'influenza che ha un'imperfetto stato di nutrizione dell'organismo nel produrre le malattie degli organi sessuali della donna. Per lungo tempo, non ho potuto spiegarmi soddisfacentemente il seguente fatto che, nei casi i quali passavano sotto la mia osservazione, spesso l'utero era in uno stato di mollezza e di flaccidità. L'osservazione di molti casi e lo studio accurato della loro storia antecedente, mi fece conoscere con tale uniformità la presenza di un tale prolungato stato di cattiva nutrizione—una specie di sub-esaurimento generale — che io, a poco a poco, acquistai la convinzione che fra essi vi era un nesso reale, e che il loro rapporto scambievole realmente era quello di causa ad effetto.

Nella precedente (3ª) edizione di questo libro, fu notato quanto frequentemente le inferme di sofferenze uterine presentano varie forme e gradi di flessione dell'utero, e manifestammo l'opinione che queste sofferenze sono da addebitare all'alterata forma e posizione dell'utero. Ma insistemmo anche su ciò che « che il cangiamento di forma dell'utero spesso è prodotto dal pregresso stato d' insolita mollezza dei tessuti uterini » [1].

La natura e la causa di questa insolita mollezza dell' utero dall'epoca in cui publicai la 3ª edizione di quest'opera, hanno richiamato molto la mia attenzione. Questa insolita mollezza, che una volta mi ha molto imbarazzato nello spiegarmela, poi ho visto che si deve riferire ad una precedente debolezza generale e ad un manco di nutrizione dell' utero. Per lo più, si trova in quelle donne che, per qualche tempo prima, si sono inperfettamente e insufficientemente nutrite. Invece, quindi, di attribuire questa insolita mollezza ad infiammazione cronica, e questa era la migliore spiegazione che io poteva dare nell'anno 1872, desidero ora attribuirla alla suddetta causa.

Le precedenti osservazioni si applicano per la maggior parte all'utero, che è soltanto uno degli organi sessuali della donna; ma esse denotano l'opinione da me sostenuta riguardo all' importanza che hanno l'elemento *generale* e i suoi rapporti coll'elemento *locale* nel trattare le malattie degli organi sessuali femminili.

Ora dobbiamo occuparci di un'altra cosa. Gli organi sessuali femminili sono principalmente rappresentati dall' utero e dalle ovaje. Qual' è la preponderanza relativa di questi organi nella produzione di una malattia, e quale è l' importanza relativa delle malattie dell'uno e delle altre?

Fra i ginecologi i più dànno maggiore importanza all'utero, ma alcuni ritengono che sieno più importanti le malattie dell'ovaja. La diversità del giudizio è da riferire, in gran parte, alla diversa interpretazione dei sintomi, data dai sostenitori delle opinioni opposte.

---

[1] 3ª edizione, 1872, pag. 2.

Così, alcuni ritengono che i dolori nella regione laterale della pelvi denotino irritazioni o infiammazioni ovariche, mentre altri, di scuola opposta, dànno una spiegazione diversa.

È necessario valutar bene i fatti clinici e tutto ciò che si può addurre in favore dell'origine uterina od ovarica dei sintomi osservati. Le ovaje, indubitatamente, sono gli organi più importanti nell' organismo femminile ed hanno, infatti, una grande influenza, indirettamente, sulle malattie dell' utero. Sotto un solo aspetto si può, infatti, asserire che le ovaje sono più importanti dell' utero; eppure la maggior parte dei clinici crede che i disordini uterini numericamente preponderino sugli ovarici. Le ovaje sono soggette ad una forma di malattia — alla degenerazione cistica — che è una malattia di grandissima importanza, ma, relativamente, si osserva di raro, mentre l'utero è soggetto ad alterazioni e disordini molti dei quali producono continue sofferenze e dànno origine a sintomi gravi o molesti. Insomma, sembra che i sintomi sieno molto più frequentemente riferibili all'utero che alle ovaje. Gli stati infiammativi del peritoneo che covre le ovaje o le parti immediatamente adiacenti, secondo alcuni patologi, hanno una speciale importanza, supponendosi che la « pelvi-peritonite » sia frequente e capace di dare origine a molti dei sintomi che più comunemente si attribuiscono all'utero. Questi, però, non mi sembrano solidi argomenti per ritenere comune questo stato di cose. Negli ultimi anni, l'introduzione della operazione di Battey ci ha fatto conoscere che le ovaje talvolta si contraggono, degenerano e vanno soggette ad importanti cangiamenti. Sembra evidente che la lista delle malattie ovariche sia in aumento.

CAPITOLO II.

STORIA NATURALE DELL'UTERO E DELLE OVAJE.

STORIA NATURALE DELL' UTERO. — Effetti della mestruazione — Gravidanza — Coito.

OVAJE: FENOMENI DELLA MESTRUAZIONE E DELL' OVULAZIONE. — Apparato vascolare ed erettile degli organi sessuali femminili ; bulbo della vagina : bulbo dell'ovaja — Meccanismo dell'ovulazione — Ricerche di Rouget — Mestruazione — Ricerche recenti di Kundrat, Engelmann, Williams e Leopold sulla natura della mestruazione — Sorgente del sangue — Fenomeni osservati — Età, periodicità, durata, quantità e qualità dell'emissione.

STORIA NATURALE DELL' UTERO.

L' utero è un organo che occupa un posto importantissimo nell'organismo femminile, e i cangiamenti e le modificazioni osservati nella sua forma, volume e struttura, nel suo stato di vascolarità e nei suoi rapporti coi centri nervosi spiegano una grande influenza sulla donna che vi è soggetta. Essi producono incomodi di varie specie, rendono difficile il compiersi di funzioni importanti, prevengono la procreazione di bambini ed implicano molti altri inconvenienti di minor conto ; non di rado, predispongono alla manifestazione di altri disordini che possono abbreviare la vita o repentinamente interromperla.

La vita della donna è costituita da tre periodi : 1° il periodo che precede quello dell'attività sessuale ; 2° il periodo dell'attività sessuale ; 3° il periodo che segue alla sua cessazione. Le particolarità relative a questi tre diversi periodi sembra che sieno quasi totalmente dipendenti e subordinate allo stato degli organi sessuali nei suddetti periodi. Gli organi sessuali sono essenzialmente costituiti dall'utero e dalle ovaje, e il debito esercizio delle funzioni sessuali dipende dalla presenza di questi due organi nello stato d'integrità, fra cui, per l' esercizio di queste funzioni, l' ovaja è il più importante ; il ragionamento fisiologico porta a questa conclusione. Può avvenire che alterazioni ovariche, impercettibili, forse, a noi osservatori, spieghino influenza sull'organismo in generale in un modo rilevante ; ma ciò che noi attualmente sappiamo giustifica piutto-

sto la credenza che, nei casi in cui il disordine dipende dagli organi sessuali, l'organo più di frequente implicato è particolarmente l'utero.

Prima della pubertà, l'utero è piccolo e non è sviluppato, e, sotto l'aspetto funzionale, non ha importanza, ed è notevole, che, in questo periodo e mentre resta in uno stato d'inerzia, non è soggetto a malattia. Le malattie di quest'organo cominciano a mostrarsi soltanto quando comincia la sua vita funzionale. Dopo che è passata l'età climaterica ed è finita la vita uterina, troviamo che lo stato dell'utero è molto analogo a quello che si osserva prima del periodo della pubertà. L'utero si atrofizza — fisiologicamente è morto — e la sua tendenza alle malattie per la maggior parte cessa. Sicchè, durante il primo ed il terzo periodo della vita femminile, l'utero è un organo inattivo e quasi senza influenza sull'organismo. Ma ciò non è tutto; l'utero non solo ha una vita propria, per così dire, ma, in questa, vi è un periodo o una successione di periodi di vita. Se la donna diviene incinta, l'utero, già sviluppato e maturo, entra in un nuovo periodo di sviluppo, si altera e si cangia notevolmente e, dopo terminata la gestazione, ritorna nel suo stato precedente; l'utero si disgrega e quasi sparisce completamente la sua sostanza. Lo sviluppo dell'utero gravido non è più meraviglioso della sua consecutiva sparizione. Le gravidanze successive implicano ciascuna la formazione e la distruzione dell'organo; per ciascuna gravidanza, vi è la vita e la morte di un intero utero.

L'utero, dunque, ha una vita propria, distinta e, fino ad un certo punto, indipendente da quella degli altri organi del corpo. Da tutte queste considerazioni risulta che le malattie uterine presentano specialità che le distinguono dalle malattie degli altri organi.

Nelle malattie di tutti gli organi del corpo, ovunque sieno situati, osserviamo, per lo più, alterazioni dei processi naturali, e le malattie dell'utero hanno parimente l'impronta della loro località. Non intendiamo, con ciò, che i processi patologici e gli stati che si osservano negli altri organi del corpo non si possano osservare nell'utero. Senza dubbio può darsi questo caso. Il cancro, per esempio, attacca il piloro e l'utero, e la malattia, in amendue le circostanze, è integralmente la stessa, comechè i tessuti fra cui si sviluppa non sono della stessa specie in entrambi i casi. Ma, dopo un superficiale studio dell'argomento, si ammetterà che la interpretazione dei cangiamenti patologici e di altra natura nell'utero difficilmente — se potessimo immaginare possibile tal cosa—si scompagnerebbero dalle specialità di struttura dell'utero e dalle funzioni che è chiamato a compiere nell'organismo. Risulta, da ciò che ora abbiamo detto, che la speciale struttura e le speciali funzioni fisiologiche dell'utero comunicano ad esso stati patologici, fasi e note con cui nulla troviamo

d'identico e, talvolta, neppur di analogo negli stati patologici degli altri organi del corpo.

Vi sono due grandi funzioni in cui l'utero ha un ufficio importante e che hanno una grande influenza alterante sulla sua struttura: essi sono la mestruazione e la gravidanza. Ve n'è una terza, in cui è anche implicato, cioè il coito, che può anche, quantunque, forse, in un grado minore, modificarne la struttura. Come e perchè il compiersi di queste funzioni rispettivamente alteri lo stato fisico dell'organo e dia origine a malattia, dobbiamo ora indicare.

Mestruazione. — Durante tutta la vita sessuale, l'utero, in ogni mese, è sede d'insolita congestione di tutti i suoi vasi sanguigni. La sua circolazione è più attiva, s'ingrossa, i suoi seni — che si possono vedere, tagliando le pareti uterine, in forma di notevoli cavità — si riempiono di sangue e i tessuti s'ingorgano e dilatano. Diremo (veggasi *Fenomeni della mestruazione*) quanto copiosamente fornito di vasi sanguigni è quest'organo; oltre a ciò, è da notare che le sue vene non hanno valvole, sicchè la congestione dei plessi uterini ha luogo rapidamente. La congestione mestruale dell'utero dura per alcuni giorni anche allo stato sano, giacchè la durata, ordinariamente, dal principio alla fine, non è minore di una settimana, e, quando è prolungata, può oltrepassare di molto questo spazio di tempo. Scanzoni, infatti, valuta la durata ordinaria della congestione mestruale a circa la metà delle quattro settimane che, per lo più, costituiscono il *periodo della mestruazione*. Il prolungamento di questo o l'insolita intensità della congestione per un più breve tempo darà luogo, in ultimo, ad uno stato cronico d'ingorgo, giacchè, se il cuore è debole o se altre circostanze si oppongono al rapido allontanamento della esagerata quantità di sangue dall'organo, i vasi non riacquistano il loro ordinario volume, restano permanentemente più dilatati del solito e l'utero, perciò, mantiene proporzioni esagerate e non naturali.

Talchè, nelle circostanze ordinarie, il processo mestruale tende a produrre congestione e dilatazione uterina, ma, quando la mestruazione è alterata questa congestione è maggiore ed è permanente. Scanzoni — il cui classico trattato sulla metrite cronica [1] si publicò quasi simultaneamente alla 1ª edizione di questo libro — ritiene che la cessazione repentina della mestruazione sia una delle più importanti cause della infiammazione cronica dell'utero; giacchè l'ingorgo dell'utero, fisiologico nella mestruazione, quando non è combattuto, si trasmuta in una vera congestione, il sangue ristagna nei vasi molto dilatati e così produce altri importanti cangiamenti di struttura. Il forte e molesto dolor di capo che non di raro si ma-

[1] *Die cronische Metritis*, 4to. Berlin, 1863.

nifesta a principio del periodo mestruale quando vi è un temporaneo ostacolo all'uscita del sangue dall'utero, indica, forse, il traslocamento di questa congestione dall'utero al capo.

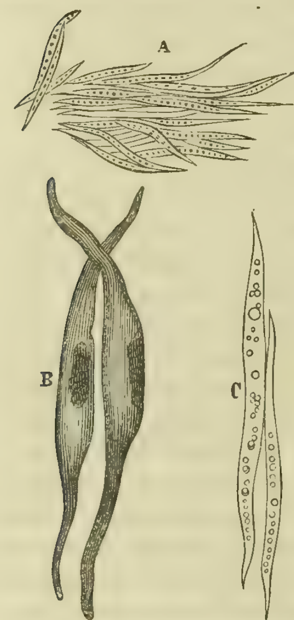


Fig. 1. [1]

Gravidanza. — I cangiamenti dell'utero che hanno luogo a causa della gravidanza sono importantissimi.

Il più notevole è l'aumento di *volume* dell'organo, che si osserva nello stato gravido; giacchè, quando il feto è stato espulso e l'utero si è completamente vuotato del suo contenuto, la sua massa molte volte oltrepassa quella dell'utero non gravido. In circostanze favorevoli, come è ben noto, il volume dell'utero rapidamente diminuisce durante le poche settimane che seguono al parto, finchè, in ultimo, ritorna quasi alle proporzioni che aveva prima che cominciasse la gravidanza. Questa diminuzione del volume dell'utero è la conseguenza di uno speciale processo, per cui le grandi fibre muscolari, il potere contrattile delle quali è stato impiegato ad espellere i contenuti uterini, vanno soggette prima a degenerazione grassa e poi a riassorbimento e completa sparizione. La capacità dei vasi uterini contemporaneamente subisce anche una grande diminuzione. Il processo in virtù del quale l'utero torna al suo stato normale chiamasi *processo d'involuzione*. Il tempo impiegato nell'involuzione, probabilmente, è di circa due mesi, giacchè la maggiore diminuzione di volume ha luogo durante la seconda settimana, dopo della quale, nelle ordinarie circostanze, le enormi fibre muscolari caratteristiche dell'utero gravido sono disfatte. Immediatamente dopo la gravidanza, l'utero ha la grossezza di un pollice e la lunghezza di circa otto pollici; ma, alla fine del primo mese, la riduzione di volume è quasi totalmente compiuta. Le fibre muscolari cominciano a subire la metamorfosi grassa circa quattro giorni dopo il travaglio del parto, e, mentre essa progredisce, l'utero, è friabile e molle. Il nuovo tessuto uterino, che sostituisce quelli già assorbiti, comincia ad essere evidente quattro settimane dopo il parto, e, dopo questo tempo, pos-

[1] La figura 1 presenta tre stati delle fibre muscolari uterine: A. fibre dell'utero quando non vi è gravidanza: B. fibre in pieno sviluppo dell'utero gravido; C. fibre in via di degenerazione grassa dopo il parto.

siamo dire che l' utero deve essere ricostruito [1]. Per un mese e più dopo il parto, l'utero è perciò straordinariamente grosso e vascolare e, di frequente, incontra che alcune circostanze si oppongano alla necessaria e debita involuzione. Se la placenta non è espulsa subito e l'utero resta oltremodo grosso per un certo tempo, sorgono alcuni inconvenienti, giacchè nei seni uterini si formano coaguli, ed anche dopo l'espulsione della placenta essi colla loro massa si oppongono alla debita contrazione dell'utero. Insomma, se l'espulsione di questi coaguli è ritardata, come non di raro avviene, il ritorno dell'utero al suo volume normale è anche proporzionatamente ritardato.

Quando l'indice dei cangiamenti nutritivi dell'organismo è generalmente basso, e quando la donna è per qualche causa debilitata, la metamorfosi normale del tessuto uterino è alterata, il sangue circola meno rapidamente, i materiali di riduzione dell'utero non sono espulsi e l'organo continua ad esser grosso, pesante e congesto. La difettosa involuzione dell'utero, può, dunque, essere conseguenza di varie cause alteranti, dopo la nascita del bambino, le quali tendono tutte a lasciare l'utero più grosso del suo volume normale; il nuovo utero, costituito dallo sviluppo di nuovo materiale, sulla già esistente ed ampia impalcatura, è anche troppo voluminoso e i suoi vasi sanguigni sono troppo pieni, ciò che crea una grande predisposizione al mantenimento di un anormale processo nutritivo dell'utero. Come ora vedremo, quest'aumentato volume dell'utero dà luogo a meccanici cangiamenti della sua posizione e forma. È quasi inutile ricordare quanto sieno importanti a ritardare il normale processo d'involuzione la febbre puerperale, la flebite uterina, ecc. Gli aborti sono, contemporaneamente, un effetto ed una causa della difettosa involuzione dell'utero; ma la gravidanza di frequente ripetuta senza dubbio tende a produrla, e così predispone alla infiammazione cronica; la causa di ciò è la seguente: l'utero prima di essere completamente rinnovato, va di nuovo soggetto ai processi della gestazione. Le gravidanze ripetute spesso, massime quando accidentalmente finiscono con gli aborti, sono causa di un difettoso processo involutivo e sono cagionate da questo.

Coito.—L'erezione dell'utero, descritta da Rouget e da altri come fenomeno che ha luogo durante l'ovulazione (veggasi *Fenomeni della mestruazione*), avviene anche durante il coito; almeno ciò è molto probabile. Gli eccessi sessuali predispongono alle infiammazioni croniche dell'utero, tanto più che producono ingorgo dell'utero e degli

[1] Su questo argomento si consultino le importanti ricerche di Heschl *Zeits. der Gesells. der Aerzte.* Wien, 1852. E il Dr. Farre *Cycl. An. and Phys.*, e il Dr. Priestley *On the Development of the Gravid Uterus*: London, 1860.

organi generativi se troppo frequenti o troppo prolungati. Nelle giovani donne di recente maritate non è affatto raro incontrare questo stato prodotto dagli eccessi sopradetti, e in tal caso, vi vuol poco a sorgere un ingorgo cronico dell'organo ed il consecutivo treno di mali che, ordinariamente, ne sono la conseguenza. Oltre a ciò, è indubitato che l'eccessiva eccitazione degli organi generativi nelle donne produca alterazioni uterine di varie specie, e provoca e mantiene una congestione cronica dell'organo e dei suoi vasi, che tende a dare origine a varii disordini secondarii.

Questo breve sguardo sui risultati meccanici delle funzioni naturali dell'utero basterà a mostrare sotto quale aspetto noi studieremo i suoi varii stati morbosi. Il processo nutritivo nell'utero è, perciò, molto soggetto ad alterazione che mette capo ad importanti cangiamenti di volume, di consistenza e di struttura dell'organo.

OVAJE: STORIA NATURALE. — FENOMENI DELLA MESTRUAZIONE E DELL'OVULAZIONE.

L'importanza della fisiologia della mestruazione e dell'ovulazione nello studio dei processi morbosi che si osservano negli organi generativi della donna è evidente.

Tutti gli organi generativi sono ben forniti di sangue. Quando essi, nello stato di riposo, non contengono che una moderata massa sanguigna, dietro un eccitamento, questa massa aumenta di molto, e questo aumento è prodotto dalla distensione di certi elementi — organi erettili — che, in altre epoche, sono relativamente vuoti.

L'orificio vaginale ha, da ciascun lato, un corpo allungato in forma di sanguisuga, *bulbo* della *vagina*, composto da molte vene tortuose, agglomerate in un involucro fibroso che si prolunga in su, lungo la linea mediana, fino alla clitoride. Ciò serve alla erezione, essendo il sangue ritenuto nelle vene dall'azione di relativi muscoli. Inoltre, il canale vaginale è circondato da una fascia di vasi sanguigni che formano un largo plesso venoso. La disposizione dei vasi che irrigano l'utero ha una grande importanza, e Rouget [1] ha specialmente studiato questo argomento in un'eccellente memoria. L'arteria utero-ovarica, che dà sangue all'utero, decorre in sopra. I suoi primi rami che vanno al collo sono piccoli, ma, invece, spicca verso il corpo uterino dodici a diciotto brevi tronchi che seguono un corso spirale e si suddividono in molti piccoli rami. Quando sono iniettati, si vede che questi vasi stanno tanto vicini gli uni agli altri da covrire completamente i lati dell'utero. Il corpo di questo è, perciò, largamente provvisto di arterie, e si può vedere che le circonvoluzioni

[1] *Recherches sur les Organes érectiles de la Femme.* Brown-Séquard's *Journ. de Pysiol.* tom. i.

spirali dei rami giungono ai seni del tessuto uterino. Le vene a cui queste arterie mettono capo sono anche più numerose e capaci e formano un plesso che covre i lati del corpo dell'utero. In sotto, queste vene finiscono nelle vene pudende ; nel mezzo, nelle vene uterine, e, in sopra, nelle vene spermatiche, onde muove che i lati dell'utero sono coverti da uno strato di considerevole grossezza, composto di vasi sanguigni che hanno una grande capacità, e, oltre a ciò, è da ricordare che il tessuto dell'utero contiene larghi seni — ricettacoli di sangue venoso.

Le ovaje sono fornite di sangue dall'arteria utero-ovarica e dalla spermatica. Il tronco arterioso decorre vicino alla base dell' ovaja e, nel suo passaggio, manda una serie di dieci o dodici rami i quali si dividono, s' intrecciano ed entrano nell'ovaja. Le vene provenienti dall' ovaja formano un bulbo speciale , il *bulbo dell' ovaja*, composto come il bulbo vaginale, da una serie di vene tortuose, e che può andar soggetto a notevole distensione. Il bulbo dell' ovaja ha una forma allungata, la sua lunghezza oltrepassa di poco quella dell'ovaja. è un poco schiacciato, non giunge alla grossezza di mezzo pollice ed è un poco più alto ; il suo volume non è inferiore di molto a quello del bulbo vaginale. Il plesso pampiniforme delle vene, altra parte dell'apparato vascolare che ivi si osserva, giace sotto il bulbo ovarico nelle pieghe del legamento largo. Il bulbo dell' ovaja è un elemento conosciuto da poco. Il primo cenno fattone sembra quello di un lavoro comunicato da Traer alla *Società anatomica* di Parigi. È ben descritto nella eccellente opera illustrata del Dott. Savage [1], e, nella memoria di Rouget (*loc. cit.*), costituisce l' argomento di un'elaborata ricerca insieme allo studio degli altri elementi erettili degli organi generativi della donna (Veggasi fig. 2ª).

Ora dobbiamo occuparci di certi elementi muscolari relativi agli organi della generazione. Nella memoria di Rouget è detto che la funzione dell'ovulazione, per compiersi bene, probabilmente dipende molto dalla presenza di elementi muscolari prima non descritti nel corpo umano. L'erezione, come osserva Rouget, dipende dall' associazione di elementi destinati ad accogliere una larga quantità di sangue e dalla ritenzione di questo. Il bulbo della vagina è un ele-

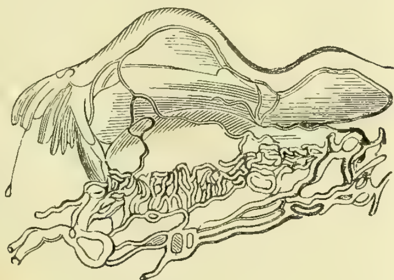


Fig. 2.

[1] *Illustrations of the Surgery of the Female Generative Organs.* London, Churchill, 1863.

mento erettile, il cui apparato muscolare è ben noto. Quanto al bulbo dell'ovaja, Rouget cerca di dimostrare che ha un apparato muscolare che regola il suo contenuto sanguigno e ne fa, in realtà, un organo erettile. Negli animali inferiori, l'ovaja si contrae insieme all'ovidutto in virtù di un meccanismo che, nei diversi casi, non è perfettamente lo stesso, quantunque sia regolato sullo stesso piano. Così, negli uccelli in cui troviamo l'apparato muscolare in rapporto molto accentuato colle ovaje, l'ovidutto è circondato da una parte muscolare o involucro, dentro di cui stanno i legamenti dell'ovidutto. Le fibre contrattili sono situate in modo che, quando si contraggono, si formano due pieghe, cioè l'infundibulo si apre e, al tempo stesso, si avvicina all'ovaja per raccogliere l'uovo. I muscoli che producono questo effetto sono involontarii, s'irraggiano a mò di ventaglio nelle pieghe della membrana che raccoglie l'ovidutto.

Rouget, dopo di avere esposto altri fatti anatomici riguardanti questi fatti dell'anatomia comparata giunge a stabilire che, nella donna, vi si devono trovare fibre muscolari disposte in un modo analogo al sopradetto; che esse formano un sistema il quale covre l'utero, le ovaje e le appendici, e che le fibre muscolari appartenenti a questo sistema passano dalla regione lombare all'ovaja ed alle frange che vi stanno vicine, mentre altre passano dall'utero sopra l'ovaja ed alle sfrangiature della tromba di Falloppio, e che la simultanea contrazione di queste due classi di fibre produce necessariamente l'effetto di portare le sfrangiature vicino all'ovaja. Egli pretende che il meccanismo del processo è identico nel corpo umano e in quello degli animali di più bassa sfera.

Se, dunque, stiamo all'opinione di Rouget, le fibre muscolari sopradescritte, insieme all'apparato vascolare dell'utero e dell'ovaja, costituiscono gli elementi erettili degli organi interni della generazione. L'ovulazione è accompagnata dai seguenti fenomeni: quando i follicoli di Graaf sono maturi o quasi maturi, le fibre muscolari sopradette entrano in azione, e le frange della tromba abbrancano allora l'ovaja, al tempo stesso che producono e mantengono uno stato di erezione del bulbo ovarico. Questa erezione spasmodica dura finchè l'ovaja e la tromba di Falloppio restano in contatto, e, quando avviene la rottura del follicolo di Graaf, l'uovo passa nel suo canale. Ordinariamente avviene ciò per la presenza dell'uovo maturo nell'ovaja e, quasi generalmente, è stato ammesso che i fenomeni della mestruazione si accompagnano a questo processo, quantunque, in questi ultimi anni, si sia molto combattuta questa opinione. È probabile che il coito spesso determini l'uscita di un uovo che, in caso opposto, sarebbe ritardata. Il coito provoca l'erezione degli organi generativi esterni e, senza dubbio, anche quella degli interni

come sopra abbiamo detto, e la conseguenza è l'uscita di un ovulo. Rouget pretende che l'utero sia, come l'ovaja, un organo erettile, che la sua erezione abbia luogo simultaneamente a quella dell'ovaja, e che l'effetto finale di questa erezione, durante la quale l'utero è molto pieno di sangue, sia l'essudazione di quel liquido sanguigno, dalla superficie della sua membrana di rivestimento, che costituisce il flusso mestruale. Come vedremo, questa opinione sulla causa dell'emorragia, in questi ultimi tempi, è stata seriamente combattuta.

L'azione dell'apparato muscolare nel portare l'ovaja all'estremità aperta della tromba di Falloppio è, probabilmente, molto coadiuvata dall' ingorgo dell'ovaja e del suo bulbo, giacchè, quando i vasi pelvici sono artificialmente iniettati dopo la morte, si vede l'ovaja avvicinata all'imboccatura aperta della tromba di Falloppio, e alcuni hanno, infatti, asserito che l' injezione del bulbo ovarico sia un principale agente nel produrre quella disposizione delle parti che è necessaria alla emigrazione dell'uovo.

Negli elementi vascolari e muscolari degli organi generativi interni, troviamo una disposizione tale che permette l' arrivo di una gran copia di sangue in questi organi. Nella donna, l'ingorgo e la completa distensione dei vasi ha luogo a periodi fissi che coincidono colla mestruazione, mentre sembrerebbe che — almeno durante la vita sessuale — possa aver luogo anche durante il coito. Ci occuperemo appresso, brevemente, di alcuni altri fenomeni della mestruazione.

Nella produzione del processo conosciuto coi nomi di *mestruazione*, di *catameni*, ecc. concorrono due organi, l'utero e l' ovaja. La mestruazione, ordinariamente, indica che le ovaje sono in attività, in altre parole, che le uova sono formate, sviluppate e maturate nelle ovaje ; che la mestruazione possa aver luogo in casi in cui le ovaje sono state asportate sembra possibile da certe osservazioni fatte in questi ultimi anni. Per *mestruazione* s' intende l'emissione periodica di un liquido sanguigno dall'utero, accompagnata, come già si è detto, da ingorgo o congestione dell'utero, delle ovaje e degli organi adiacenti ; nella maggior parte dei casi, da iperestesia delle parti suddette e da disturbi di varie specie e gradi di altre funzioni del corpo. Essa, in un certo senso, è analoga all' *œstrus* degli animali inferiori, poichè la presenza della mestruazione indica che la donna può essere ingravidata ; ma la donna differisce da questi animali, in quanto può divenire incinta non solo durante il periodo mestruale ma, altresì, negli intervalli fra una mestruazione e l'altra. In quest'ultimo decennio, le nostre cognizioni sulla fisiologia della mestruazione si sono arricchite di altri importantissimi fatti. L'anatomia minuta della membrana che covre l'utero nei differenti periodi è stata studiata attentamente da Kundrat e da

Engelmann, da John, da Williams, da Leopold e da altri, e si sono conosciuti molti fatti importanti.

Un elemento essenziale nei cangiamenti che hanno luogo nella membrana mucosa uterina durante la mestruazione è la natura di questa membrana e i suoi rapporti colla parete dell'utero. Il Dottor John Williams [1] dice che l'utero deve essere ritenuto come una membrana mucosa, le cui fibro-cellule abbiano subito un notevole sviluppo. Egli ritiene che tre quarti della spessezza delle pareti dell'utero sieno, in realtà, *mucosa*, i cui tuboli si approfondano nella parete più di quanto generalmente si suppone. Egli, perciò, è di opinione che le parole parete muscolare e membrana mucosa, nel modo con cui generalmente si applicano, sono nomi erronei. Questo modo di vedere, convalidato da argomenti tratti dall'analogia della struttura dello stomaco e dell'utero di altri animali, è originale, e, sulla questione che riguarda i cangiamenti della mucosa uterina durante la mestruazione, ha molto peso. Kundrat ed Engelmann, nel 1873, pubblicarono le loro ricerche sui cangiamenti dell'utero durante i catameni. Essi ritennero che l'utero sia attivo, non pure durante il flusso mestruale, ma anche prima e dopo; in altre parole, che l'attività mestruale si manifesti molto tempo prima di quello in cui si mostra il flusso. Essi ritenevano che l'emorragia della mestruazione dipendesse dalla degenerazione grassa della membrana mucosa, e sostenevano questa degenerazione colle loro osservazioni.

Il Dott. John Williams, nel 1874 [2], espose innanzi alla *Società Reale* di Londra i risultati dell'osservazione dell'utero di 9 donne che erano morte in diversi periodi della mestruazione, e concluse che questa consista nel rapido sviluppo e regresso della membrana mucosa; che il flusso consista dei residui della mucosa; che la perdita del sangue abbia luogo dai vasi del corpo dell'utero; che, essendo avvenuta la degenerazione grassa della membrana mucosa, avvenga uno stravaso del sangue nella sua sostanza; che la mucosa, perciò, subisca un rapido disfacimento e sia tutta trasportata via dal flusso mestruale. In un lavoro posteriore [3], il Dott. Williams, ha fatto noti i risultati di ulteriori ricerche e le osservazioni di altri casi, e, in un terzo lavoro, ha riferito casi nuovi [4], che, insieme ai precedenti, costituiscono il numero di 90 osservazioni.

Barnsfather, nel 1875 [5], ricorda la sua esperienza clinica, che abbraccia un certo periodo di tempo, con frequenti studii mi-

---

[1] *Obstet. Trans.*, vol. xvi. p. 206.
[2] The structure of the mucous membrane of the uterus and its periodical changes. — *Proc. of Royal Soc.* 1874.
[3] *Obst. Trans.*, vol. xvi. pag. 206.
[4] *Obstet. Jour.*, Dec. 1877.
[5] *Cincinnati Med. News.*

croscopici sui secreti mestruali, e, in tutti i casi, trovò desquamazioni che erano più considerevoli quando la mestruazione era stata difficile.

Leopold [1] ha publicato i risultati delle sue osservazioni in parecchi casi, ed ha concluso che il disfacimento della membrana mucosa, quando avviene, è molto leggero e riguarda soltanto il grande strato superficiale di questa membrana; mentre, in altri casi, in cui la morte avvenne pochi giorni dopo la mestruazione, la membrana mucosa era ancora notevolmente grossa. Leopold, nei casi da lui osservati, non trovò evidente la degerazione grassa.

Tutto ciò che si può ritenere su questo argomento, quantunque non confermi sempre il disfacimento e la separazione di una considerevole parte della membrana mucosa nella mestruazione normale, mostra, in tutti i casi, l'estrema probabilità di una distruzione e caduta di uno strato superficiale. È indubitato che la membrana mucosa, nel periodo mestruale o quando questo è vicino, è una sostanza polposa, grossa, vascolarissima. L'emorragia avviene dai tubuli aperti, con o senza concomitante disfacimento dello strato superficiale. Che avvenga la degenerazione grassa è indubitato, benchè sembri insoluta la questione se sempre abbia luogo. Pare che non

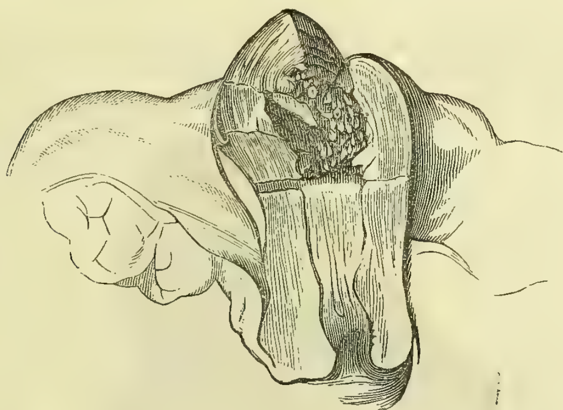


Fig. 3.

tutta la spessezza della membrana mucosa sia implicato nella caduta, è, infatti, ciò è appena possibile se accettiamo l'opinione del Dottor Williams, che la mucosa, in un senso fisiologico, comprenda molta parte della parete muscolare dell'utero. È probabile che ulteriori ricerche armonizzeranno fra di loro le attuali presenti discre-

[1] *Die Uterusschleimhaut und Die Menstruation*, Leipzig, 1877.

panze fra i risultati dei recenti osservatori ; alcune, infatti, si spiegano per la mancanza di esatte informazioni sulla data precisa dell'ultima mestruazione.

Alcuni anni dietro, ebbi quattro o cinque volte l'opportunità di esaminare l'utero durante la mestruazione. In una donna, morta

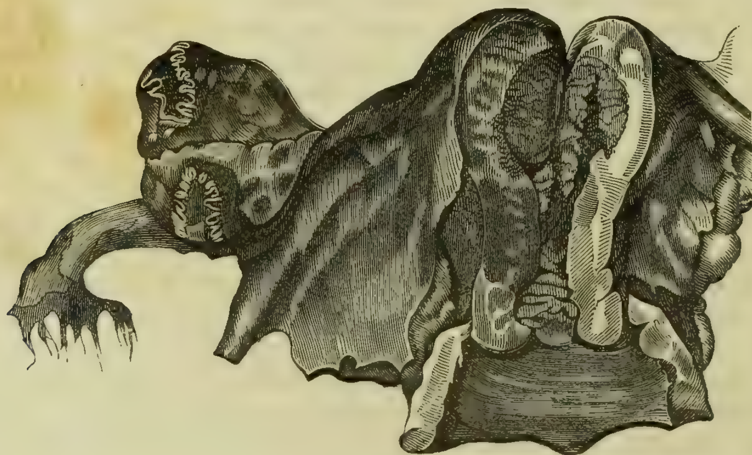


Fig. 4.

mentre era mestruante, in seguito ad un'operazione di ernia, vidi l'utero con una superficie rosso-scura, vellutata, su cui si osservavano le aperture delle glandole uterine (veggasi fig. 3). La figura 4



Fig. 5.

mostra ciò che si è osservato in una giovane donna, la quale morì mentre era mestruante per le conseguenze di una scottatura, nell'UNIVERSITY COLLEGE HOSPITAL. In altri casi, ho trovato la mucosa in uno stato di disfacimento.

Adesso discorriamo dei cangiamenti ovarici che coincidono colla mestruazione. Supponendo che le materie seguano il loro corso ordinario, l' ovaja produce alla sua superficie, e periodicamente, follicoli di Graaf maturi, uno o più per volta, e, allora, l' ovaja presenta una sporgenza di varia grandezza, costituita dal follicolo carico di sangue e contenente l'uovo. Questo stato del follicolo ha luogo certamente spesso quando avviene la mestruazione, ma è probabile che in altre epoche vi sia questo stato di maturazione. A questo fatto segue la rottura del follicolo ed il passaggio del suo contenuto nella tromba di Falloppio — emigrazione dell'uovo—nel modo già descritto. La figura 5 (del Dott. Farre) mostra un fol-

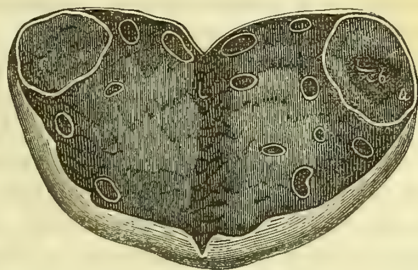


Fig. 6.

licolo di Graaf che si prepara per la rottura; la figura 6, una sezione dello stesso follicolo colla sua cavità ed un coagulo sanguigno. La rottura di uno o più follicoli, probabilmente, avviene durante ciascuna mestruazione, o prima o poco tempo dopo, quantunque non sia assolutamente limitata al suo periodo. Dopo che i follicoli si sono liberati del loro contenuto, la loro cavità e l' interno della tromba di Falloppio possono restare in rapporto scambievole ovvero ritornano ad essere indipendenti: se dall' interno del follicolo ha luogo una nuova perdita di sangue, questo può passare o no nell'utero, secondo le circostanze. Si comprende che l'applicazione continua della tromba di Falloppio all'ovario è necessaria durante tutto il tempo in cui possono rompersi follicoli, altrimenti può avvenire l'emigrazione del contenuto follicolare nella cavità peritoneale. Questa emigrazione non è rara e produce la sterilità, la gravidanza extra uterina, la effusione del sangue nella cavità peritoneale ed altri inconvenienti. Nel follicolo di Graaf, dopo che si è liberato del suo contenuto, il sangue, ordinariamente, si coagula, la cavità s'impiccolisce e, dietro il successivo sviluppo dei follicoli che stanno più profondamente nello stroma ovarico, il follicolo già logoro passa indietro verso il centro dell'ovario, s'impiccolisce continuamente e, alla fine di tre o quattro mesi, non esiste più. La retrocessione del follicolo è anche contradistinta da cangiamenti di colore dipendenti,

sovratutto, dalla metamorfosi che subisce il coagulo sanguigno e dai cangiamenti della covertura molto vascolare del follicolo. Dopo scoppiato, il follicolo chiamasi *corpo luteo falso.*

Dalle osservazioni fatte su parecchie donne, il Dott. John Williams è indotto a credere che le uova, ordinariamente, sono espulse dall'ovaja prima che si mostri il flusso mensile con cui sta in rapporto questa espulsione [1]. Dieci volte su quattordici avvenne la rottura di un follicolo o l'emorragia nella sua cavità prima che ritornassero i catameni; una volta restò dubbio se ebbe luogo prima la rottura di un follicolo ovvero la manifestazione del flusso; due volte passò un periodo mestruale senza maturazione di follicolo, ed una volta era imminente la mestruazione, quantunque le ovaje non contenessero un follicolo di Graaf maturo.

Le osservazioni di Leopold tendono anche a provare che il follicolo di Graaf scoppia piuttosto prima che dopo il periodo mestruale; d'altra parte, non mancano osservazioni le quali dimostrano che l'emigrazione dell'ovulo, in alcuni casi, avviene dopo incominciato il flusso mestruale. Insomma, sembra probabile che l'epoca della emigrazione dell'ovulo varii, benchè, per lo più, abbia luogo vicino al periodo mestruale. Dietro le osservazioni di Coste, e per altre considerazioni, sembra probabile che, non di rado, sia determinata e portata ad effetto dal coito. Il sapere quando ordinariamente avviene l'emigrazione dell'ovulo è una cosa importante riguardo all'epoca del concepimento. La costumanza degli Ebrei convalida l'opinione del Dott. Williams, ma il noto fatto che gli spermatozoi possono restare attivi per parecchi giorni dopo il coito infirma le conclusioni tratte dall'esperienza attuale, riguardo alla efficacia di ciascun coito nelle singole mestruazioni.

L'esordire del processo della mestruazione, per lo più, è preceduto da certi cangiamenti della conformazione e dell'aspetto esterno. I segni generali della raggiunta pubertà nella donna sono colle seguenti parole descritti brillantemente da Brierre de Boismont: « L'epoca della pubertà è finalmente arrivata. Una grande rivoluzione avviene nell'organismo della giovanetta. Contorni rotondeggianti e graziosi hanno sostituito le sue forme gracili ed allungate. Il suo incedere, incerto e languido, diviene risoluto ed animato. Il dolce splendore dei suoi occhi rivela il fuoco da cui è invasa. Cangiamenti non meno importanti si manifestano nell'organismo. Il seno, piccolo e scarso, si sviluppa e s'ingrossa, i polmoni respirano meglio; il cuore, più sviluppato, spinge con forza il sangue

[1] On the discharge of ova and its relation in point of time to Menstruation *Proc. of Roy. Soc.* 1875.

negl' innumerevoli vasi del sistema circolatorio. Il tessuto connettivo si sviluppa alla sua volta per formare quelle curve meravigliose che costituiscono la bellezza della donna. Fra gli organi che subiscono l'influenza della pubertà, l'utero ed i suoi annessi son quelli che vi vanno più soggetti. La matrice, le ovaje, le trombe e le mammelle, più piccole, acquistano un volume considerevole. Le ossa ed i muscoli partecipano a questo sviluppo generale. Modificazioni non meno accentuate si rivelano nel carattere morale; la giovanetta, i cui gusti, le cui inclinazioni e tendenze fino allora erano stati infantili, subisce una vera metamorfosi; irrequieta e pensierosa, non sa a che cosa attribuire i nuovi sentimenti che l'agitano; tutti i sensi sono eccitati; la penetra un dolce calore; sente un'insolito prurito negli organi della generazione e si manifesta il più importante fenomeno della pubertà, il suo indispensabile complemento, quello che trasforma la giovanetta in donna, la prima mestruazione. » [1].

Talvolta, nelle giovanette le quali sono prossime all'epoca della mestruazione, vi sono anche certe sensazioni più o meno accentuate nei diversi casi e molto forti quando l'apparire del flusso mestruale è un pò ritardato. Questi sintomi sono conosciuti col nome di *molimina menstruationis*. I principali sintomi del molimen menstruale — imminenza della mestruazione, evidenza dell'attività ovarica — sono i seguenti: una sensazione di peso e di pienezza nella pelvi e nelle sue vicinanze, con una sensazione di abbattimento; dolori che s'irraggiano dai lombi in giù verso il perineo e talvolta si estendono fino alle cosce, sensibilità all'ipogastrio e alle regioni inguinali; senso di calore in queste regioni, tanto forte che alcune giovanette lo indicano col nome di *bruciore*. L'irritabilità della vescica, il bisogno frequente di urinare e l'impotenza ad evacuarla si osservano più di raro. Il sistema digerente si altera. Vi sono diarrea o costipazione, nausea, inappetenza. Si può anche osservare irrequietezza o cangiamento di carattere e di tendenze; infatti, vi possono essere molti di quei sintomi che, per lo più, si chiamano isterici. I sintomi locali sono i più costanti. Quando i sintomi della suddetta natura si osservano ad intervalli di tre o quattro settimane, durando in ogni ricorrenza mensile due, tre o quattro giorni, in una giovanetta la quale mostra i segni esterni della raggiunta pubertà, dimostrano che l'ovaja è in una fase attiva e costituiscono il molimen menstruale. La nota caratteristica di questi sintomi è la loro periodicità.

In alcuni casi in cui la mestruazione manca, si osserva un'emor-

---

[1] *De la Menstruation dans ses rapports physiologiques et pathologiques* 8vo, Paris, 1842, p. 1.

ragia periodica e un'essudazione di sangue da qualche altra superficie mucosa, come dai polmoni, dallo stomaco, da un'ulcera situata in qualche parte della superficie cutanea, da sotto le ugne delle dita del piede, dalla congiuntiva, ecc. In tali casi, diciamo che vi è *mestruazione vicaria*.

L'*età* in cui avviene il flusso catameniale è soggetta ad alcune oscillazioni; ordinariamente, questo comincia dai 14 ai 16 anni e cessa dai 40 ai 50. Per circa 30 anni della vita della donna si osserva periodicamente questo flusso. Quanto all'età in cui comincia, abbiamo osservazioni di Roberton[1], di Whitehead[2], di Brierre de Boismont[3] e di Szukits[4]. In 358 casi osservati da me la mestruazione avvenne per la prima volta.

All'età	di	10	anni	in	3	casi	All'età	di	18	anni	in	23	casi
»	»	11	»	»	12	»	»	»	19	»	»	10	»
»	»	12	»	»	29	»	»	»	20	»	»	6	»
»	»	13	»	»	43	»	»	»	21	»	»	2	»
»	»	14	»	»	73	»	»	»	24	»	»	1	»
»	»	15	»	»	62	»	Totale	.	.			358	casi
»	»	16	»	»	61	»							
»	»	17	»	»	33	»							

La statistica di 2696 casi, fatta nell'UNIVERSITY COLLEGE HOSPITAL, su donne che andarono in questo ospedale per essere assistite nel parto, e raccolti per mio incarico da Walter Rigden è la seguente:

— Su 2696 casi, la mestruazione avvenne per la prima volta:

All'età	di	9	anni	in	3	casi	All'età	di	18	anni	in	150	casi
»	»	10	»	»	14	»	»	»	19	»	»	76	»
»	»	11	»	»	60	»	»	»	20	»	»	29	»
»	»	12	»	»	170	»	»	»	21	»	»	7	»
»	»	13	»	»	353	»	»	»	22	»	»	3	»
»	»	14	»	»	560	»	»	»	23	»	»	2	»
»	»	15	»	»	540	»	»	»	24	»	»	0	»
»	»	16	»	»	455	»	»	»	25	»	»	0	»
»	»	17	»	»	272	»	»	»	26	»	»	2	»

L'età media è di 14,96 circa. Nel maggior numero di questi casi si trattò di donne dell'Ambulatorio.

L'età media, in 4000 casi riferiti da Whitehead, fu di 15 anni e 6 3|4 mesi. In 2169 casi raccolti da Roberton, da Lee e da

---

[1] *Observations and Notes on the Physiology and Diseases of Women, and on Practical Midwifery*, 8vo. 1851.

[2] *On the Causes and Treatment of Abortion and Sterility*, 8vo. 1847.

[3] *Op. cit.*

[4] Veggasi un riassunto delle sue osservazioni nel Schmidt's *Jahrb.* vol. xcvii. p. 331.

Murphy, l'età media fu di 14 anni e 11 mesi. Szukits, in 665 donne nate a Vienna, notò l'età media di 15 anni e 8 1[2 mesi; e in 1600 donne nate nel contado, l'età media di 16 anni e 2 1[2 mesi, il quale risultato, che mostra l'influenza della vita di città nell'affrettare la prima apparizione dei catameni, concorda con quella cui giunse Brierre de Boismont a Parigi. Quest'ultimo osservatore afferma che, fra le donne appartenenti alle classi superiori della società, l'età media fu di 13 anni e 8 mesi; quantunque l'età di 14 a 16 anni sia la più comune, pure vi sono numerose eccezioni a questa regola. Fra le 450 donne osservate da Roberton, 10 ebbero la prima mestruazione a 12 anni e 90 a 12. Le più giovani donne osservate da Szukits, in città avevano 11 anni e in campagna 10. In 3 delle 358 donne osservate da me, la mestruazione cominciò a 10 anni, e, quantunque il maggior numero di esse — 73 su 358—ebbe la prima mestruazione a 14 anni, molte l'ebbero a 18.

Nei climi più caldi, l'età media in cui appare la prima mestruazione anticipa di circa 2 anni su quella in cui mostrasi nei climi più temperati. Così, nell'India, l'età media in 598 casi raccolti da Roberton fu di 13 anni. Una volta credevasi, sulle asserzioni di Montesquieu e di Haller, che le donne indiane avessero ordinariamente i primi catameni ad 8, 9 e 10 anni; ma i casi raccolti da Roberton dimostrano positivamente l'inesattezza di questa opinione. Si scorge, pertanto, dalle statistiche di Roberton che « il numero delle indiane le quali giungono alla pubertà all'età di 12, 13 e 14 anni » sia di gran lunga superiore a quello delle donne che, in queste stesse epoche, hanno la mestruazione nei nostri paesi temperati. Questo precoce apparire dei catameni è attribuito da Roberton alla influenza della razza—al fatto che, per molte generazioni, (fin da 3000 anni) è stata abitudine di questo popolo di far maritare le donne appena giunta la pubertà. Questa abitudine, secondo Roberton, produsse e perpetuò una certa « specialità di famiglia ». Montesquieu e Häller ritennero che il *clima* fosse la causa determinante di questa differenza. Statistiche più recenti convalidano la stessa opinione. Così, le ricerche di Vogt mostrano che in Norvegia l'età media in cui si mostra la prima mestruazione è di 16,12 anni. A ciò possiamo contrapporre l'età media osservata nell'University College Hospital, 14,26. Toulin e Lagneau hanno raccolto osservazioni in varie latitudini, e le presentarono nel 1867 al Congresso Medico Internazionale di Parigi, e le loro conclusioni generali confermarono la precoce manifestazione dei mestrui nei climi caldi. Sembrerebbe che il clima fosse, in realtà, la

---

[1] New Syd. Soc. *Bien. Retrosp.* for 1867-8, p. 377.

causa determinante della differenza osservata fra i paesi caldissimi ed i freddissimi e rappresentata da 3-4 anni.

La più *tarda età* in cui possono comincia i catameni è soggetta a grandi variazioni, ma, per lo più, non oltrepassa i 18 anni. Brierre de Boismont notò che, su 352 « donne della capitale », 20 ebbero la prima mestruazione a 18 anni, 6 a 19, 5 a 20, 2 a 21, 4 a 22 e 2 a 23. L'età più tarda osservata da Roberton è anche di 23. Szukits registra l'età di 22 anni come la più tarda in cui apparvero le prime mestruazioni fra le donne di Vienna, mentre, fra quelle della campagna, una l'ebbe a 25 anni. Nella mia statistica, il massimo è rappresentato da 25 anni. Meissner riferisce un caso in cui i primi catameni si mostrarono a 42 anni [1].

La cessazione dei catameni, nella maggior parte dei casi, ha luogo fra i 40 e i 50 anni. Il numero dei casi in cui cessano prima dei 40 anni è superiore al numero di quelli in cui l'ultima mestruazione ha luogo dopo i 50 (Brierre de Boismont). Sembra, però, che vi sia una gran diversità nei risultati ottenuti dai varii osservatori circa questo punto. Così, in 181 casi di questo autore, l'età più frequente in cui cessarono i mestrui (18 su 181) fu di 40 anni; mentre, nei casi di Roberton, fu osservata più spesso questa cessazione (26 su 77) a 50 anni; nella maggior parte dei casi di Szukits, da 46 a 50. Il più precoce periodo in cui possono cessare i mestrui è indicato dalle seguenti statistiche: nei 181 casi di Brierre de Boismont, cessarono in sette prima dei 30 anni, fra cui la donna più giovane aveva 21 anno. Nei casi di Roberton, la più precoce sparizione dei catameni avvenne a 35 anni. Szukits nota due casi a 30 anni.

Il seguente quadro presenta il risultato delle mie osservazioni in 55 casi:

La Mestruazione			La Mestruazione cessò			
cessò a	30 anni in	1 caso	all'età di	46 anni in	2 casi	
» »	33 »	1 »	»	47 »	4 »	
» »	34 »	2 »	»	48 »	5 »	
» »	35 »	1 »	»	49 »	4 »	e in uno continuò ancora la mestruazione in questa età.
» »	37 »	1 »				
» »	38 »	3 »				
» »	39 »	1 »				
» »	40 »	2 »	»	50 »	4 »	
» »	41 »	2 »	»	51 »	3 »	
» »	43 »	8 »	»	53 »	1 »	e in uno continuò ancora la mestruazione in questa età.
» »	44 »	2 »				
» »	45 »	6 »				
				Totale .	55 casi	

[1] Meissner, *Frauenzimmerkrankheiten*, ii. 741.

Forse la più importante classe di fatti che si riferiscono a questo argomento riguarda la più tarda età in cui si può manifestare la mestruazione. Si può appena dubitare che in alcuni dei casi riferiti come casi di mestruazione tardiva non si sia trattato di mestruazione; ma bisogna concedere che, talvolta, in un'età molto avanzata, vi può essere un flusso sanguigno periodico. Gardien riferisce la storia di una donna la quale dicevasi che era stata « perfettamente mestruata » a 75 anni. Fino ai 55, vi è un numero di casi abbastanza grande, ma, dopo questa età, la vera mestruazione è rarissima. Brierre de Boismont su 181 ne nota cinque dopo i 55 anni, e, fra questi cinque, uno a 60. Roberton (*op. cit.* p. 185) ne nota quattro su 79, a 55 anni, due dei quali a 60 ed uno a 70. Finalmente Szukits registra un caso (il più tardivo da lui osservato) a 60 anni.

Alcuni casi (apparentemente bene autenticati) di mestruazione in età molto avanzate, cioè a 91, 80, 87, 59 e 70 anni, sono riferiti nell'opera del Dott. Davis [1].

Quanto alle suddette statistiche è probabile che molte delle apparenti eccezioni alle regole generali già esposte, furono casi in cui avevano più o meno parte elementi patologici.

La mestruazione cessa presto nell'India; ma, ovunque, il numero degli anni durante i quali si mostra è lo stesso, giacchè la mestruazione perdura per circa 30 anni. Roberton crede che la sparizione precoce si nota principalmente in quei casi in cui la funzione mestruale cominciò presto. Nella maggior parte di quelli, però, in cui continua fino ai 53 o ai 54 anni, il periodo iniziale non è stato insolitamente tardivo; in essi la vita mestruale oltrepassa di gran lunga la media di 30 anni.

Il Dott. Beigel [2], l'editore ed eccellente traduttore delle due prime edizioni tedesche di quest'opera, fece la seguente osservazione su 500 casi: Su 126 in cui era cessata la mestruazione vi furono 9 casi di mestruazione tardiva.

La mestruazione cessò	La mestruazione cessò
a 51 anno in 1 caso	a 65 anni in 1 caso
» 52 » » 2 »	» 72 » » 1 »
» 53 » » 1 »	—
» 54 » » 1 »	Totale . . . 9
» 55 » » 2 »	

Periodicità. — È comunemente ritenuto che il tempo compreso fra il primo apparire del flusso di un periodo e il primo apparire di quello successivo sia di 28 giorni, cioè di un mese lunare; ma la dif-

[1] *Principles and Practice of Obstetric Medicine*, vol. i. p. 239.
[1] Edizione tedesca di quest'opera (Enke, Erlangen) p. 245.

ferenza presentata dai casi individuali sotto questo aspetto è tale da mostrare che qualunque regola applicabile generalmente deve avere molte eccezioni. Parecchie donne mestruano regolarmente, ogni 3 settimane, e un minor numero ogni 30 giorni o dopo un tempo un pò più lungo. Un'altra classe di donne presenta grandi irregolarità, variando l'epoca in cui si mostrano i mestrui, secondo lo stato di salute; quindi nel maggior numero dei casi, la mestruazione ha luogo ogni mese lunare. È cosa evidente, che circa al periodo mestruale, si trasmettono alcune specialità da una generazione all'altra.

Numero dei giorni nei quali dura il flusso. — Nei 562 casi esaminati da Brierre de Boismont, il flusso durò otto giorni in 172 individui; la durata più frequente dopo la suddetta, fu di tre; in terzo luogo, di quattro. Questo autore giunse alla conclusione che i catameni durano più a lungo nelle città che in campagna, e più a lungo nelle donne piccole, nervose e delicate che in quelle che sono alte, robuste e di temperamento sanguigno; più a lungo anche in quelle che menano una vita sedentanea, comoda, in mezzo ai piaceri, che in quelle le quali menano una vita attiva, che si nutrono igienicamente e che sono temperate in tutto [1]. Nelle donne che incominciano ad avere la mestruazione, il flusso dura generalmente poco tempo per i primi pochi mesi, e poi si prolunga. Il tempo durante il quale il flusso dura è, in generale, di tre a sette o otto giorni, ma l'osservatore deve essere preparato a incontrare grandi variazioni.

Quantità. — Gli osservatori recenti (eccettuato Magendie) ritengono che la quantità tipica del liquido sanguigno che si perde in ciascuna mestruazione sia 93 a 124 grammi, o anche meno [2]; le più antiche valutazioni oltrepassano notevolmente questo limite. Nella maggior parte dei casi, sembra che la quantità sia massima verso la metà del periodo mestruale. La repentina sospensione per alcune ore, seguita da copiosa emissione, con o senza coaguli, è anormale; giacchè, quando non vi sono ostacoli, il flusso continua persistentemente e senza interruzione, quantunque possa essere più abbondante in un'epoca del giorno che in un'altra.

Qualità del liquido emesso. — Le ricerche del Dott. Whitehead, di Donné e di altri hanno positivamente mostrato che il flusso è realmente composto di sangue e che, quando si raccoglie appena esce dall'utero e prima che abbia subito l'azione del muco acido della vagina è coagulabile come il sangue ordinario. A conferma di ciò osserviamo, quando il flusso mestruale è esagerato, la non rara

---

[1] *Op. cit.* p. 142.
[2] Farre. *loc. cit.* p. 663.

emissione di coaguli. Ordinariamente, quando vien fuori dalla vulva, ha acquistato una reazione acida e non è più coagulabile. Nelle prime poche ore, il liquido è più pallido, poi diviene rosso più scuro e torna di nuovo ad impallidire quando sta per cessare. Il suo odore è speciale ; una volta si attribuivano ad esso straordinarii effetti , che qui non è il luogo di enumerare. Le qualità variabili dei secreti vaginale e cervicale probabilmente hanno maggiore influenza di qualunque variazione del liquido mestruale a misura che si essuda dall'utero nell'alterarne le qualità.

CAPITOLO III.

ESAME DELL' UTERO E DELLE OVAJE.

Esplorazione digitale dell' utero dalla vagina. — Posizione dell'inferma.
Esplorazione doppia dell' utero.
Esplorazione digitale della bocca dell' utero e della porzione vaginale del collo uterino. — Stato anormale della bocca e del collo dell'utero — Metodi di esame — Mancanza apparente della bocca dell' utero ; cause — Insolita mollezza della bocca dell'utero per la gravidanza o altre cause — Insolita durezza delle labbra della bocca dell'utero ; sue cause — Grandezza della bocca dell' utero — Variazioni della lunghezza della porzione vaginale del collo uterino ; rapporto fra la gravidanza e questo stato.
Esame dell'utero per mezzo della sonda. — Strumento — Modo d'introdurlo — Variazioni della lunghezza e della direzione del canale uterino che si scovrono colla sonda.
Esame della bocca dell'utero per mezzo dello specolo. — Regole generali — Modo di usarlo — Descrizione dei vari strumenti.
Esame delle ovaje.

Per acquistare una cognizione precisa dello stato fisico dell'utero e delle ovaje , è indispensabile un esame fisico. Questo si fa per mezzo del dito introdotto nella vagina, talvolta anche nel retto, e, spesso, si possono ottenere ulteriori cognizioni per mezzo della palpazione sulla regione ipogastrica.

ESPLORAZIONE DIGITALE DELL' UTERO DALLA VAGINA.

Per fare l'esplorazione digitale dell'utero e della vagina, l'inferma, ordinariamente , si situa di lato , mettendosi molto vicina al margine del letto, col tronco disposto in modo da incrociare un poco quest' ultimo. Le ginocchia debbono essere tirate in su in modo da fare un angolo retto col corpo. Questa posizione fa sì che l'osservatore, più che in qualunque altra, possa spingere il dito molto in alto nell' interno della pelvi. Talvolta , in casi di sospettata gravidanza, è necessario esaminare l' inferma nella posizione eretta , per scovrire più rapidamente l' aumento di volume e di peso dell'utero, la ballottazione, ecc. Quando si tratta di donne nubili, con imene integro, l'esplorazione digitale dell' utero non si deve fare se

non è realmente necessaria. Questa esplorazione non si deve intraprendere se non vi è una fondata probabilità della presenza di qualche positivo stato anormale dell'utero. D'altra parte, una falsa delicatezza non deve impedire la ricerca di quelle condizioni il cui allontanamento è necessario alla salute e al benessere. Nei casi dubbî, si può prima fare un'esplorazione dal retto, e così si può stabilire se è realmente necessaria una consecutiva esplorazione della vagina. In questo modo possiamo procurarci preziose conoscenze sulla forma generale e posizione dell'utero, poichè il setto che separa il retto dalla vagina è così sottile che il tatto di una mano esercitata riconosce subito lo stato dell'utero, e in tal modo si evita di toccare l'imene. Sotto l'influenza degli anestesici, la resistenza opposta dall'imene è minore, e, perciò, l'esplorazione digitale è agevolata dall'uso dell'etere o del cloroformio.

Il dito deve essere pulito e spalmato di olio o di unguento prima di farne l'introduzione, la quale deve essere lenta e circospetta; con esso si possono successivamente toccare la volta, il pavimento e la parte superiore della vagina. Il collo e la bocca dell'utero si possono anche toccare per determinare la grandezza, la consistenza, la forma e la posizione. Per fare una conveniente esplorazione bisogna essere ponderati ed attenti.

Ordinariamente, il dito introdotto nella vagina può toccare la bocca e la porzione vaginale del collo uterino, ma la sua parte superiore ed il corpo dell'organo allo stato sano non sono facilmente accessibili con questo solo mezzo di esplorazione. Per raggiungere il fondo anteriormente, bisogna spingere energicamente in sopra la volta della vagina, e, anche in questo modo, nello stato normale, si può non raggiungere lo scopo. Quando l'utero è nel suo stato regolare, è impossibile raggiungere il fondo posteriormente con questo solo metodo esplorativo.

L'esplorazione digitale dell'utero *dalla vagina* è il migliore e più importante mezzo per conoscere il suo stato fisico. Non è mai soverchio lo studio fatto per acquistare facilità e destrezza in questo metodo di esame, ed è certo che, se non si compie attentamente, nulla mette al coverto da erronee ed inesatte cognizioni rispetto al caso che si osserva. Da solo, è di gran lunga migliore di qualsiasi altro metodo esplorativo che si possa ricordare, giacchè, sebbene possano essere necessarii altri metodi di esame, sono tutti subordinati all'esplorazione digitale.

Frequentemente, coll'esplorazione digitale dalla vagina, si può anche conoscere lo stato delle ovaje. Queste, per lo più, non si sentono con facilità dal dito introdotto nel modo sopradetto, ma, se l'ovaja dell'uno o l'altro lato sta molto in basso, si può agevolmente sentire attraverso la parete vaginale.

L'esplorazione fisica così fatta procura preziose cognizioni rispetto alla presenza o mancanza d'inspessamento, o di durezza o di tumori situati innanzi, dietro o lateralmente all'utero; e le anormali condizioni del retto, accumulazione di fecce, ecc., spesso sono così riconosciute, mentre sarebbero rimaste ignorate o trascurate se si fosse omessa l'esplorazione digitale dalla vagina.

Doppio esame dell'utero. — Vi sono parecchi metodi con cui l'utero si può esplorare più completamente ed esattamente.

1. Stando l'inferma sul dorso o di lato, coll'asse del corpo che incrocia la direzione del letto, s'introduce l'indice di una mano nel retto e le dita dell'altra si situano sopra il pube. Così, la forma e la grandezza delle parti si possono, in favorevoli circostanze, riconoscere con maggior precisione. Questo metodo è utile anche nei casi in cui un'esplorazione vaginale è soggetta ad obbiezione.

2. O l'indice di una mano s'introduce nella vagina e le dita dell'altra si situano sovra il pube.

3. O s'introduce una sonda nella vescica ed il dito nel retto. Questo metodo è molto utile nei casi in cui si sospetta la mancanza dell'utero.

4. Un metodo, suggerito e messo in pratica dal Dott. Noeggerath di New York, consiste nel dilatare il meato urinario introducendo il dito di una mano nella vescica e l'indice dell'altra nel retto. La forma e la grandezza dell'utero si possono meglio e più completamente esplorare in questo modo che in un altro. Il Dottor Noeggerath ha così osservato 30 donne [1].

L'obiezione a questo metodo è la necessità di fare una dilatazione forzata dell'uretra, che il Dr. Noeggerath esegue o rapidamente, in una sola seduta, usando prima un dilatatore di acciajo e poi candelette metalliche finchè si ottiene tanto spazio da potere introdurre il dito, ovvero più lentamente coi pezzetti di laminaria. Egli notò che gli effetti delle dilatazioni furono gravi in 6 casi (in tutti i 6 si fece la dilatazione rapida, sotto l'azione del cloroformio), producendo frequente bisogno di urinare, bruciore, sensazioni dolorose e, in un caso, perimetrite, ma in nessuno rimasero permanenti cattivi effetti della dilatazione. La conclusione generale che bisogna trarre dall'esperienza di Noeggerath parrebbe dovesse essere che questo metodo di esplorazione sia buono, ma la sua applicazione, probabilmente, sarà circoscritta sempre a casi molto eccezionali.

5. Un altro mezzo di esame doppio consiste nell'introdurre un dito nel retto e la sonda uterina nell'utero; allòra si può sentire la sonda attraverso il retto, (veggasi *Esame colla sonda*).

[1] *American Journal of Obstetrics*, vol. viii. p. 123.

ESPLORAZIONE DIGITALE DELLA BOCCA DELL'UTERO E DELLA PORZIONE VAGINALE DEL COLLO UTERINO.

La grandezza della bocca dell'utero, la sua forma, la durezza o mollezza delle sue labbra e delle parti adiacenti alla porzione vaginale dell'utero, sono tutte soggette a notevoli variazioni, e, su queste variazioni, si possono stabilire conclusioni molto positive circa la natura delle alterazioni patologiche o fisiologiche presenti.

Per valutare i varii cangiamenti che possono aver luogo nella parte più bassa dell'utero, è necessario conoscere lo stato normale delle parti e i loro rapporti. Il dito deve essere educato ed abituato a riferire una speciale sensazione ad un corrispondente stato della parte che tocca: un osservatore che abbia un dito esercitato potrà così trarre conclusioni cui una persona inesperta non potrà mai giungere. Gooch dice: « il dito acquista subito il potere di sentire quando la mente ha già acquistato la conoscenza di ciò che esso deve sentire. »

È necessaria l'esposizione dello stato normale della bocca e del collo dell'utero come introduzione alla discussione di questo argomento.

« Nell'utero vergine e non pregno, dice il Dr. Montgomery, la sua bocca e la sezione più bassa del suo collo, quando si esaminano col dito introdotto dalla vagina, si possono sentire protuberanti in questa cavità da un quarto di pollice a mezzo pollice. Questa parte che sporge presenta notevole resistenza, è leggermente acuminata o di forma conica e grossa quasi quanto un pollice; nel punto in cui termina nella vagina, vi è un'apertura trasversale le cui labbra o margini sono resistenti e ben definiti. Quest'apertura può essere così grande da permettere che l'estremità del dito vi penetri per un ottavo o un quarto di pollice, talvolta un poco più, tal'altra meno; ovvero, si può provare la semplice sensazione di una leggera depressione quasi senza cavità, come si prova quando l'estremità del dito si preme fra le cartilagini laterali all'estremità del naso. Talvolta la bocca dell'utero si presenta in modo molto diverso da quello ora descritto, essendo quasi impercettibile per la sua piccolezza e perfettamente circolare, e, non molto di raro (in ciò non convengo col Dr. Montgomery; questo stato di cose è molto raro nella vergine), si trova che si apre nell'estremità superiore della vagina, senza protuberanza del collo dell'utero in questo canale che al dito sembra che termini gradatamente in un punto ov'è l'orificio dell'utero, i cui margini si sentono molto vagamente.... Quando una donna ha partorito parecchi figli, o anche un solo, lo stato dell'utero si può alterare in parecchie circostanze valutabili. Tutto l'organo può rimanere permanentemente più grande di

quello che era in origine, e, siccome il collo partecipa a questo cangiamento, si trova più largo, meno sporgente e di struttura meno solida, mentre la sua forma talvolta è l'opposta di quella che si nota nella vergine o nella nullipara, essendo realmente alquanto conica, ma colla base del cono diretta in giù invece che in sù; nelle stesse circostanze, la bocca si trova di maggiori dimensioni e la sua apertura molto più chiaramente trasversale, l'estremità del dito vi penetra con maggior facilità, e, non di raro, la sua circonferenza o margini sono ineguali, forse fenduti e dànno la sensazione di piccoli lobuli. » [1].

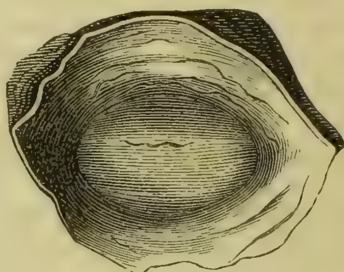


Fig. 7.

La figura 7, copiata dal Dr. Farre, mostra l'orificio in forma trasversale. La lunghezza di quest'orificio, trasversalmente, come quì si vede, secondo me, è maggiore di quella che osservasi nella vergine nella maggior parte delle donne.

Situata l'inferma di fianco, come sopra abbiamo detto, s'introduce il dito nella vagina, prendendo il gran trocantere per guida all'orificio, giacchè si vedrà che, colla suddetta posizione, se la mano sinistra poggia sul gran trocantere, l'orificio della vagina sta immediatamente sotto. La conoscenza di ciò è utile ad agevolare il necessario esame.

Bisogna tenere a mente che, nelle circostanze *ordinarie*, il dito percorre circa la distanza di un pollice prima di raggiungere l'imene ove, in realtà, comincia il vero canale vaginale, e bisogna introdurre tutto l'indice per toccare la bocca dell'utero. Quando la donna è molto grassa, spesso la difficoltà per raggiungere la bocca dell'utero coll'indice è grande, e, se non si tirano molto in su le ginocchia, può riuscire impossibile l'esplorazione.

La figura 8, fatta a grandezza naturale, presenta un taglio laterale dell'interno della pelvi. La linea retta, divisa in pollici, mostra la direzione e l'estensione di un ordinario esame per mezzo del dito.

Ora descriveremo più minutamente i cangiamenti prodotti dalla

[1] *Op. cit.* p. 170.

gravidanza. Le osservazioni fatte sopra si applicano soltanto all'utero non gravido.

Nel fare un'esplorazione, si può trovare che l'utero *manca totalmente* (veggasi il capitolo sulle *Malformazioni uterine*). La porzione vaginale del collo, come già si è detto, generalmente è accorciata

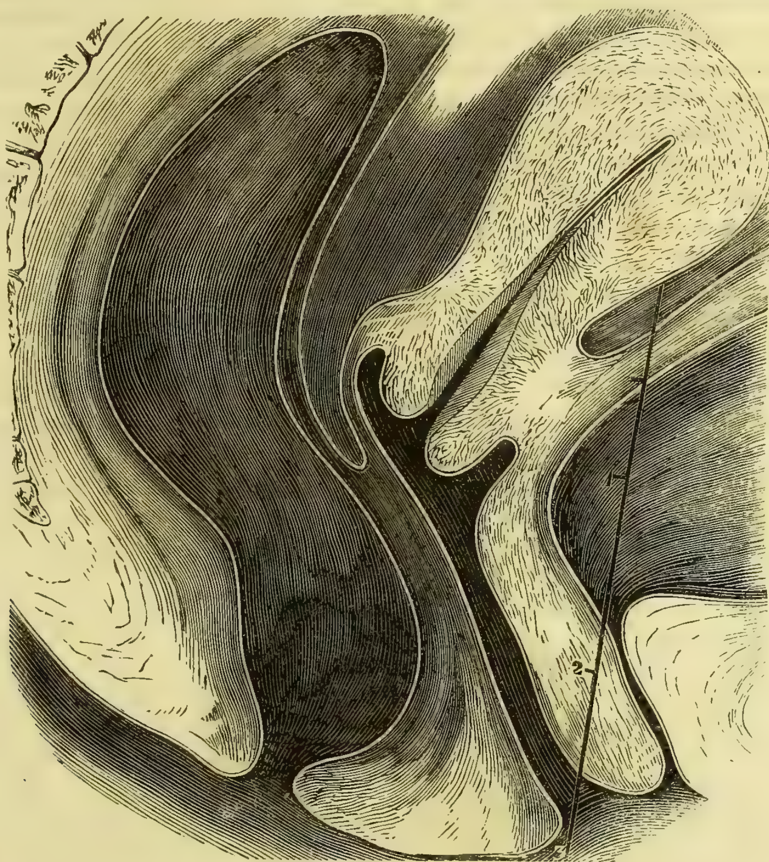


Fig. 8.

nelle donne che hanno avuto figli; alcune volte è quasi totalmente scomparsa. Talfiata avviene, in questi casi, che *la bocca dell'utero si occluda* e non si può trovare nessun' apertura. Sono stati riferiti casi di donne le quali erano gravide ed in cui l'occlusione era avvenuta apparentemente subito dopo il concepimento, essendo divenuta necessaria un' incisione nella parte più bassa dell' utero per potersi compiere il parto. Può quindi avvenire che la bocca dell'utero non si senta perchè si è occlusa nel suddetto modo; ma in queste circostanze, si osserverebbero i segni della gravidanza: ovvero, può accadere che la *bocca stia ad un'altezza insolita* e non

si raggiunga facilmente, come avviene, più o meno, negli ultimi mesi, o due mesi, della *gravidanza*: allora questa spiegherebbe la cosa. Ovvero, la *vagina si può essere ristretta o contratta* per adesioni infiammative (dopo un parto difficile), e può sembrare che la vagina termini più in basso del punto ove in realtà finisce. Le *anormalità dell'imene* possono dar luogo a simili erronee conclusioni.

Nella *retroversione dell'utero gravido*, la bocca dell'utero ed il collo uterino spesso sono tirati tanto in alto, dietro la sinfisi pubica, che non si può sentire la bocca. Lo stesso risultato può aversi quando *grossi tumori*, fibromi, tumori ovarici, ecc., occupano la pelvi. Nei casi di gravidanza, tumori, ecc., in cui la bocca dell'utero è spostata dal suo sito, sicchè col dito non si può sentire, il tumore pelvico è così grosso che la spiegazione dell'apparente mancanza della bocca uterina è ovvia.

Mollezza delle labbra della bocca dell'utero. — Le condizioni fisiche della bocca dell'utero, descritte coi nomi di *durezza* o di *mollezza*, sono forse le più importanti su cui si può dirigere l'attenzione. Normalmente, gli elementi della bocca uterina, sotto il qual nome possiamo comprendere anche le parti che la circondano, sono, nella vergine, solidi e resistenti e comunicano al dito una sensazione speciale, che è difficile descrivere con parole. Questo si deve ritenere come il suo stato fisico tipico, ed è necessario averlo molto in pratica per scovrire le diversità dallo stato sano.

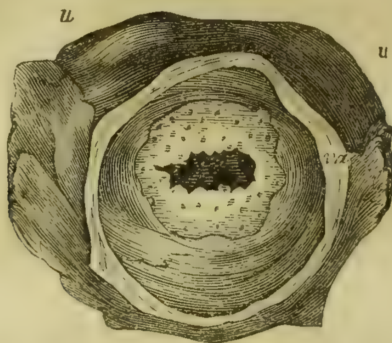


Fig. 9.

Gravidanza. — L' insolita mollezza della bocca dell' utero e della sua porzione vaginale è uno dei segni della gravidanza, e, come tale, merita quì una speciale menzione. È una specie di mollezza sui generis che dà la sensazione di una parte molle sovrapposta ad una più dura, come di un cuscino elastico, che è del tutto caratteristica. È stata ben paragonata alla sensazione che riceve il

dito quando si preme sul ghiande nello stato di erezione. La superficie delle labbra della bocca dell'utero nelle primipare è levigata ed uniforme; nelle multipare vi possono essere fenditure che dànno alle labbra una disposizione leggermente lobulata. Quanto al periodo della gravidanza, in cui questa speciale mollezza si osserva, nel secondo mese è evidente, ma non così chiaramente nelle primipare come nelle donne che hanno già partorito. Alla fine, però, del terzo o quarto mese, la mollezza della bocca uterina è molto accentuata nella maggior parte dei casi, e, ciò è importantissimo, verso il quinto mese e dopo, la mollezza si accompagna ad una speciale sensazione di corpicciuoli rotondi, prodotta dalle glandole mucipare che circondano la bocca dell'utero e che si sono ingrossate. Oltre a ciò, la mollezza aumenta a misura che la gravidanza si avanza: in molti casi, ho trovato le labbra in uno stato quasi spongioso, per estrema mollezza, verso la fine della gravidanza. La presenza di questa mollezza e di altri cangiamenti fisici nella porzione vaginale costituisce un solidissimo argomento in favore della gravidanza. Ciò si vede bene nella figura 9, fatta sovra un disegno del Dr. Farre. La sola mollezza, o uno stato che le rassomiglia molto, si osserva in altri casi, che non sono di gravidanza. Un certo grado di mollezza della parte accompagna la mestruazione; ma, allora, l'osservatore può evitare un errore facendo un'altra esplorazione dopo un' intervallo di 15 giorni dalla prima. La distensione dell' utero, dovuta alla presenza di liquido, un grosso polipo, la degenerazione idatica dell'ovulo, possono dare origine a rammollimento e tumefazione della bocca dell' utero, che, in certo grado, simulano quelli della gravidanza. Nel cancro del collo uterino vi può essere mollezza prodotta dalla presenza di vegetazioni fungose che hanno una consistenza molle, ma, in questo caso, vi è anche *irregolarità* della superficie.

Come osserva Montgomery, questa mollezza della bocca dell'utero ha una grande importanza negativa; così, se si suppone che una donna sia al quinto mese di gravidanza, la mancanza di mollezza infirmerebbe molto questa supposizione. Questa regola, però, non è buona nei casi di cancro del collo dell'utero; allora può mancare la mollezza eppure la donna essere gravida. Nei casi ordinarii, pertanto, la presenza o mancanza di questa mollezza della bocca e della porzione vaginale è preziosa sotto l'aspetto diagnostico.

La mollezza della bocca dell'utero si osserva nei casi di vegetazioni in forma di cavolo-fiore della stessa. La mollezza dovuta a questa causa si accompagna, però, a lobulazione ed ingrossamento delle labbra e dei margini della bocca dell'utero, eminentemente caratteristici di questa alterazione. In un periodo molto precoce di quest'affezione, quando le labbra della bocca dell'utero non sono

molto ingrossate, un principiante potrebbe prendere questa mollezza per un effetto di gravidanza.

La presenza di un'esagerata mollezza della bocca uterina è importante relativamente allo *stato di nutrizione* dell'organismo. In un altro capitolo diremo che uno dei più importanti cangiamenti fisici, che l'utero subisce nei casi di malattia, è una diminuzione della speciale durezza dei tessuti, che mette capo ad uno stato d'insolita mollezza delle parti che costituiscono il collo, valutabile dal tatto nella esplorazione digitale.

Non possiamo dire che la durezza sia, *per sè stessa*, indizio di qualche speciale malattia dell'utero. Normalmente, il grado di durezza che si osserva col tatto è considerevole, e, se la forma e grandezza della bocca e della porzione vaginale non sono alterate, la sola durezza non ha significato. Ci farebbe, però, decidere contro la gravidanza in un caso in cui, per altri motivi, si fosse supposto che questa fosse al quarto o quinto mese. Insieme ad *altri* cangiamenti fisici della porzione vaginale, irregolarità, ipertrofia, ecc. (veggansi i capitoli sul *Cancro dell'utero*, sul *Fibroma*, ecc.) può essere indizio positivo di altri importanti fatti.

Talvolta la bocca dell'utero comunica al tatto una tal sensazione da sembrare che vi fossero impiantate masse rotonde, simili a pallini, di varia grandezza; questi corpi sono le glandole follicolari della parte, distesi per l'accumulazione del loro secreto. Abbiamo già detto che, durante la gravidanza, ordinariamente si trovano corpi rotondi nella sostanza della bocca dell'utero, e sembra che questi corpi sieno identici a quelli che talvolta vi si trovano in altre circostanze, e possono raggiungere un maggior volume, e che parecchi scrittori hanno chiamato *Ovula Nabothi* [1]. In casi, di cui appresso faremo più speciale menzione, nei quali si trovano piccole cisti che partono dalla bocca dell'utero, sembra che queste cisti abbiano un'origine identica.

Grandezza della bocca dell'utero. — Nella vergine, con utero sano, l'apertura è tanto larga da essere sentita dal tatto. Nell'utero gravido l'orificio aumenta, e, nel quinto mese, è quasi tanto largo da ammettere la punta del dito. In questo ultimo caso, l'ingrandimento dell'orificio si accompagna a mollezza delle sue labbra, vi sono glandole mucipare, tumore uterino, ecc. Quando l'orificio è tanto grande da ammettere il dito, e manca la mollezza, questa maggiore apertura può dipendere da una delle seguenti condizioni; — nei casi di grossi tumori fibrosi dell'utero, che attraversano la ca-

[1] Nell'opera del Dr. Tyler Smith, *On Leucorrhœa*, p. 143, si trovano alcune osservazioni sulla natura di questi corpi.

vità, le labbra sono allontanate per una considerevole estensione ma sono dure e resistenti. Ciò avviene anche più spesso quando vi è un grosso polipo dell'utero. L'allontanamento delle labbra ha luogo più presto nel polipo che nei casi di tumore fibroso.

La bocca è anche largamente aperta nei casi d'ingrossamento dell'utero per insufficiente involuzione dell'organo dopo il parto. Nelle donne che hanno partorito di recente, per necessità la bocca dell' utero è aperta, e ciò costituisce un segno molto importante nei casi in cui è necessaria la dimostrazione di un recente parto, a scopo medico-legale. In queste circostanze, inoltre, lo stato della bocca dell'utero è, sotto altri aspetti, speciale. È molle, floscia e rilasciata. Lo stato d'apertura della bocca gradatamente diminuisce dopo il parto, sicchè, dopo due o tre settimane, non si può più usufruire di questo segno: nei casi in cui è avvenuto l'aborto, dopo il parto la bocca è meno aperta, perciò questo segno ha un valore meno decisivo, rispetto a quello che ha quando il parto è avvenuto a tempo debito [1]. La consecutiva *chiusura progressiva* della bocca è un eccellente segno diagnostico in questi casi (veggasi anche *Esame colla sonda*).

La bocca dell'utero aperta, spesso ad un grado notevole, trovasi nei casi in cui l'utero è ingrossato per congestione cronica. Nei casi di leucorrea, congiunta ad aumentata azione delle numerose glandole del collo dell'utero, la bocca è aperta più del solito. Nei casi di cancro dell'utero, l'apertura spesso è maggiore di quella che dovrebbe osservarsi, ed il primo periodo di questa malattia, sotto questo aspetto, ha una grande somiglianza ad altre alterazioni di minore importanza. Ma, nei casi di cancro della bocca dell'utero, l'apertura ha perduta la sua forma simmetrica: vi è, inoltre, irregolarità, di una specie che descriveremo particolarmente.

D'altra parte, l'*apertura della bocca può essere troppo piccola* o mancare totalmente. Se vi è qualche motivo per sospettare che vi sia l'una o l'altra di queste condizioni, come nei casi di sterilità, dismenorrea, ecc. ecc. sarà necessario ricorrere ad un altro metodo di osservazione ed all'uso della sonda uterina come guida (veggasi *Esame colla sonda*).

Le lacerazioni del collo per maltrattamenti durante il parto si possono riconoscere col tatto.

Lunghezza della porzione vaginale. — Le variazioni, che riguardano la porzione vaginale del collo, sono importanti sotto un aspetto diagnostico. Nella *gravidanza* vi è una diminuzione della

---

[1] Un eccellente capitolo *On the Signs of Delivery* trovasi nell'opera di Montgomery già cit., p. 573.

lunghezza della porzione vaginale, di cui ora dobbiamo spiegare la natura ed il grado. In primo luogo, è un errore supporre che vi sia in tutti i casi una perfetta regolarità nel grado di accorciamento della porzione vaginale nel medesimo periodo della gravidanza; in secondo luogo, bisogna ricordare che si possono avere soltanto misure approssimative, non assolute. Per poter venire a conclusioni esatte nei casi speciali è necessario conoscere la lunghezza normale della porzione vaginale che abbiamo dinanzi; dopo ripetute gravidanze, la porzione della cervice che sporge nella vagina si fa sempre più corta. Normalmente, la porzione vaginale comincia a diminuire di lunghezza verso il quarto mese della gravidanza, e, a misura che questa si avanza, l'accorciamento aumenta, finchè, al termine di essa, tutta o quasi tutta la porzione vaginale è stata allontanata dalla vagina. La lunghezza del collo è molto poco alterata durante la gravidanza, giacchè l'apparente accorciamento dipende dal fatto che il collo si è allontanato dalla vagina in sopra e, perciò, la porzione vaginale è più corta [1]. La figura 10, presa da un disegno del Dr. Farre, mostra fino a qual grado giunge l'accorciamento della porzione vaginale nell'ottavo mese della gravidanza.

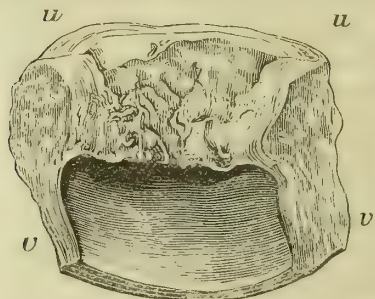


Fig. 10.

Questo accorciamento si può utilizzare per la diagnosi della gravidanza quando la donna sta sotto l'osservazione per parecchi mesi, e, di quando in quando, si può accertare che è in atto un *progressivo* accorciamento. Se gli altri segni che si osservano non stanno contro la gravidanza, l'accorciamento è una delle più positive prove in suo favore. L'ingrossamento dell'utero e il rammollimento della bocca sarebbero ad esso associati in tale circostanza. La porzione vaginale si può trovare accorciata *realmente* per parecchie altre cause — gravidanze pregresse, spostamento dell'utero in sopra per tumori ovarici, distensione dell'utero prodotta da grossi polipi o da liquido, come nei casi di idrometra, spostamento dell'utero in sopra, per grossi tumori fibrosi dello stesso. Nei casi di gravidanza extra-uterina manca l'accorciamento. (Kiwisch).

---

[1] Il Dr. Matthews Duncan fu il primo che richiamò energicamente l'attenzione su questo importante fatto.

ESAME DELL'UTERO PER MEZZO DELLA SONDA.

« È possibile, dice Sir J. Simpson, per opera del quale, almeno in questo paese, si è diffuso l' uso dello strumento, accertare l'esatta posizione e direzione del corpo e del fondo dell'utero, introducendo nella sua cavità la sonda o candeletta uterina; portare, nella maggior parte dei casi, queste parti elevate dell'utero sotto il dominio dell'esplorazione tattile, ed accertare varie importanti circostanze riguardanti la bocca, la cavità, la membrana di rivestimento e le pareti dell'organo. »

La sonda è una sottile verga di metallo flessibile, che finisce con una piccola oliva ad una delle estremità e con un manico schiacciato all'altra. È graduata in centrimetri o in pollici e, a 2 $\frac{1}{2}$ pollici dalla estremità bulbare, ordinariamente vi è una leggera sporgenza. In questo punto, lo strumento è appena curvato. L'estremità bulbare ha il diametro di un ottavo di pollice. In qualche caso, è utile avere un secondo strumento con un'estremità bulbare più piccola.

Questo strumento non si deve mai usare senza una precedente esplorazione digitale e vi sono casi in cui la sonda uterina non si usa affatto, cioè quando vi è il più lieve sospetto di gravidanza. L' introduzione della sonda nell'utero, in queste circostanze, produrrebbe quasi inevitabilmente l'aborto. Nei casi in cui la donna è soggetta ad amenorrea, questa precauzione ha un valore speciale, giacchè, durante i primi mesi della gravidanza, ella talvola è inconscia del suo stato, o vuole tenerlo nascosto quando le è noto. In questi casi, il segno, su cui si ha l'abitudine di far maggiore assegnamento nel decidere sulla convenienza di adoperare, o non, la sonda, è la presenza o mancanza di mollezza della porzione vaginale del collo e dei margini della bocca dell'utero; e, quando la mollezza in quistione si scovre, si fa a meno di usare o si pospone totalmente l' uso dello strumento, finchè la natura del caso si rende più evidente per altre vie. Siccome bisogna ammettere, però, che la presenza o mancanza di questo segno non è affatto un criterio positivamente sicuro, tranne, forse, per osservatori molto sperimentati, non è conveniente fondarsi esclusivamente sovr'esso; sarà meglio, quando vi è il menomo dubbio, mettersi dal lato della certezza.

È necessaria un'altra precauzione. Non molto raramente, le donne hanno leggere perdite sanguigne a principio della gravidanza, le quali si potrebbero con facilità attribuire a mestruazione, e la sonda, in tali casi, potrebbe produrre danno.

Talvolta è avvenuto che si sia introdotta la sonda nell'utero gravido senza che ne seguisse cattivo effetto. Si scorge da ciò che lo strumento può passare nella cavità decidua, fra la decidua uterina e la decidua riflessa, senza produrre *necessariamente* aborto.

Come regola generale, le inferme non soffrono nessuna molestia per l'uso della sonda, ove s'introduca con garbo; ma, in pochi casi, il passaggio dello strumento produce gran dolore, ed allora non bisogna persistere nell'uso di esso.

Metodo d'introduzione. — L'inferma si situa convenientemente per introdurle la sonda, giacendo o sul lato sinistro, vicino al margine di un letto alto, o sul dorso; in generale, si preferisce la prima posizione. S'introduce prima nella vagina l'indice della mano destra, portando l' estremità del dito a contatto della bocca dell' utero. La sonda uterina, precedentemente riscaldata e spalmata d'olio, si afferra leggermente colla mano sinistra, e si spinge con lentezza la punta dello istrumento verso la bocca dell'utero sulla guida dell'in-

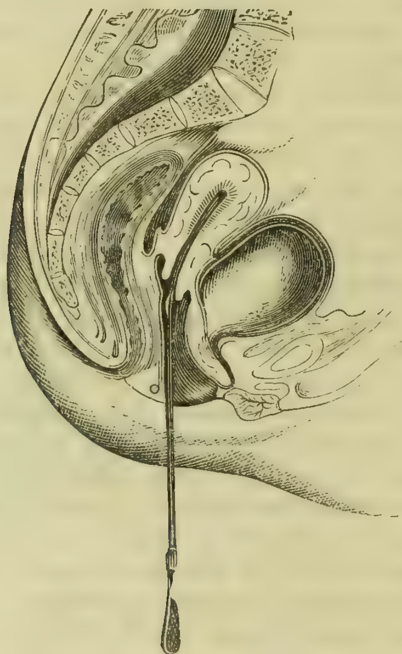


Fig. 11. [1]

dice della mano destra. Se si mettono bene in pratica queste regole, la punta dello strumento giunge a toccare facilmente l'orificio attraverso del quale se ne desidera il passaggio. Quando la punta dello strumento è penetrata nella bocca dell'utero la prima parte dell'operazione è compiuta.

---

[1] La figura 11 rappresenta la sonda completamente introdotta nell' utero in posizione normale.

Il passaggio della sonda attraverso il canale cervicale e la sua penetrazione nella cavità del corpo dell'utero richiedono una grande precauzione, e, talvolta, questo passaggio si deve eseguire soltanto da coloro che hanno grande abilità. È assolutamente necessario avere impresso nella mente che l'introduzione della sonda si deve eseguire senza impiegare il menomo grado di forza ; non è con questa che si vince la resistenza quando s' incontra. Ordinariamente, se l'osservatore ha introdotto la sonda nell' opportuna direzione, siccome la curvatura dello strumento e la curvatura e direzione del canale sono le stesse, quello facilmente procede fino a che l'estremità olivare raggiunge il fondo dell'utero. Normalmente, il canale uterino si dirige prima in sopra nella direzione dell'asse pelvico [1], ma, più in alto, vi è una leggera inclinazione in avanti. Praticamente, io trovo che è meglio adoperare una sonda che sia quasi dritta come si vede nella figura. È un grande errore adoperare lo strumento molto curvo. Se l'utero è di grandezza media, lo strumento può penetrare due pollici e mezzo oltre la bocca dell'utero, ed allora si sente col dito che la sporgenza del lato convesso della sonda combacia colla bocca uterina. Quando la sonda è già passata per un pajo di pollici bisogna essere molto cauti nel continuare a spingerla in su. Talvolta avviene che il tessuto dell'utero sia ammalato e così molle che uno strumento come la sonda uterina possa penetrare attraverso il fondo dell' organo anche usado una leggera forza. È inutile spendere più parole per consigliare che si eviti il pericolo di tale accidente.

Tolvolta si adopera la sonda mentre è applicato lo specolo. È di gran lunga preferibile, però, introdurla nel modo sopradetto; io credo che sia di gran lunga maggiore il pericolo di maltrattare l'utero quando si adopera la sonda insieme allo specolo.

Supposto che s'incontri un ostacolo nell'introdurre lo strumento, la causa può essere una delle seguenti :

La punta della sonda non è diretta secondo l'asse del canale. — Questa è la causa più comune, che si elimina soltanto colla pratica, spesso è necessario ritirare lo strumento e piegarlo in modo da produrre una curva diversa. Se la direzione della porzione vaginale del collo si determina precedentemente coll'esplorazione digitale, è meno probabile che sorga quest'ostacolo.

---

[1] La quistione relativa alla direzione normale del canale uterino ha suscitato molte divergenze. Io credo, come sopra è detto, che sia leggermente curva accostandosi molto alla linea che passa successivamente attraverso gli assi dell'entrata e della cavità delle pelvi. Il Dr. Meadows, il quale ha scritto un accurato lavoro critico su questo argomento (*Lancet*, 1868, vol. II., p. 71) credo che il canale sia « diritto in tutto il suo corso, essendo il suo asse identico a quello dell'entrata della pelvi ». Ulteriori osservazioni si trovano nei capitoli sulle Flessioni.

La bocca non è pervia allo strumento. — Questa è una causa di ostacolo, che, in generale, si riconosce anticipatamente coll'esplorazione digitale, giacchè un tatto esercitato di leggeri scovre la presenza o mancanza della depressione e dell'apertura della bocca dell'utero. Nei casi in cui il dito non trova quest'ultima, è necessario ricorrere allo specolo per accertare coll'inspezione della parte se si può scovrire una piccola apertura. La mancanza di questa è rara; nella maggior parte dei casi, è un fatto congenito, e la donna non ha avuto mai mestruazione. In pochi casi, però, si ottura, non osservandosi nessuna traccia di essa, nelle donne che hanno avuto figli ed anche, raramente, in quelle che hanno subito operazioni la cui natura è tale da produrre la contrazione dei tessuti circostanti alla bocca dell'utero.



Fig. 12.

Contrazione del canale cervicale.—Quando la sonda è penetrata nel canale, il suo ulteriore passaggio può essere impedito dalla contrazione di questo. Non è cosa molto frequente l'incontrare un ostacolo al passaggio dello strumento, almeno per questa causa, ad una distanza maggiore di un pollice o un pollice e mezzo dalla bocca dell'utero, quantunque l'accidentale presenza di contrazioni in questo punto, congenita o acquisita, non si possa negare. La cavità del collo uterino è mediocremente ampia, ma, ove finisce superiormente — *bocca interna* — il canale ordinariamente è ristretto, e, nell'utero nulliparo, ordinariamente si osserva che, quando la sonda raggiunge il punto di congiunzione della cavità del collo e della cavità del corpo dell' utero, vi è una leggera resistenza. La natura e la specie di resistenza di cui quì parliamo si comprenderanno meglio guardando la figura 12, fatta sopra un accuratissimo disegno del Dr. Farre. Essa rappresenta una cavità uterina e l'estensione e direzione del canale cervicale. Nelle donne, però, che hanno avuto figli, questa difficoltà non v'è. Si vince subito questa ordinaria resistenza, come si può chiamare, senza usare affatto una pressione forzata. Bisogna essere attenti a distinguere la contrazione da quelle altre condizioni che possono impedire il progresso dello strumento e che ora esporremo.

La punta della sonda può penetrare in una delle lacune o depressioni del collo dell'utero, e perciò se ne può arrestare il cam-

mino. Questa è una delle più comuni cause di difficoltà nell'introdurre la sonda uterina. Ritirando con garbo lo strumento e rintroducendolo, mentre si modifica alquanto la direzione del suo cammino, si può facilmente vincere questa specie di ostacolo.

La punta dello strumento può essere arrestata *dalla curvatura o distorsione del canale dell'utero*. Quando l'utero è piegato in dietro (retroflessione) o in avanti (antiflessione), la sonda si arresta bruscamente nel sito della flessione. Quando la resistenza incontrata dipende da retroflessione, si può sentire un tumore dietro la parte superiore della vagina, che è il fondo dell'utero, e, prima d'intro-

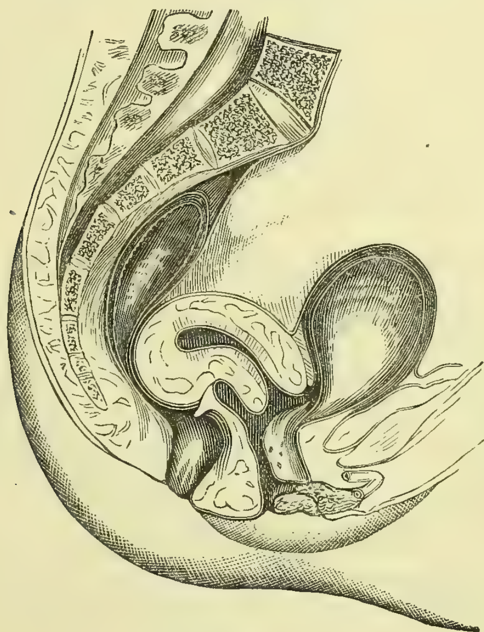


Fig. 13. [1]

durre la sonda, è necessario girarla in modo che la sua concavità non corrisponda in avanti ma in dietro. Con un po' di destrezza, lo strumento allora scorre intorno la parte curva del canale uterino e penetra nel centro del fondo dell'utero. Similmente, nel caso di antiflessione, l'ostacolo all' introduzione della sonda si elimina dando allo strumento una curva più accentuata del solito in avanti, la cui concavità, in tal caso, è anteriore, ovvero spingendo il manico in dietro. Nei capitoli sulle *Flessioni dell'utero* si troveranno ulteriori osservazioni sull'uso della sonda quando l'utero è flesso.

[1] La figura 13 rappresenta la retroflessione dell'utero.

Nei casi in cui la sonda non passa subito, è bene adoperare lo specolo, tirare dolcemente il labbro anteriore della bocca per mezzo di un piccolo tenaculum-uncino e poi introdurre lo strumento. In questo modo, il canale si rende più diritto e si agevola l'entrata della sonda (veggasi figura 15).

Adoperando la sonda, naturalmente abbiamo un mezzo completo e facile per misurare la *lunghezza della cavità* uterina. Queste variazioni sono segni di grande valore nella diagnosi delle malattie dell'utero, ed ora dobbiamo indicare le conclusioni che se ne debbono trarre. Il prof. Simpson, in una delle sue originali memorie sulla sonda uterina, ha studiato tanto completamente questa parte dell'argomento che poco si può aggiungere a ciò che egli ha scritto. Nelle seguenti osservazioni, io ho principalmente fatto tesoro della memoria sopradetta. L'ordinaria lunghezza del canale uterino, dalla bocca al fondo, è di due pollici e mezzo, ma un leggero aumento o diminuzione (per esempio di un quarto di pollice) si osserva molto spesso senza che l'utero fosse ammalato.

LUNGHEZZA DEL CANALE UTERINO MAGGIORE DEL SOLITO.

Questa può essere prodotta da una delle seguenti cause:

Parto recente. — Se la donna ha avuto un figlio, la maggiore lunghezza può dipendere da una persistenza della ipertrofia da cui è passionato l'utero a causa della gravidanza. Dopo il parto, la cavità uterina è lunga sei a otto pollici, e questa lunghezza diminuisce gradatamente, finchè, dopo sei od otto settimane, riprende, almeno nelle ordinarie circostanze, le primitive dimensioni.

L'*ipertrofia longitudinale dell'utero* è un'altra condizione dell'organo in cui la sonda penetra per un tratto maggiore del solito. Questa specie d'ipertrofia ha luogo indipendentemente dalla gravidanza; per lo più, il collo dell'utero è la parte alterata: questo è allungato e disteso, mentre la cavità del corpo dell'utero resta allo stato quasi normale, o, tutt'al più non partecipa che poco all'alterazione.

In molti casi in cui apparentemente vi è prolasso dell' utero, e la bocca sta molto in giù, la causa non è il prolasso di tutto l'organo, ma l'ipertrofia e l'allungamento del solo collo e di quella parte di questo che sta sopra la vagina. La sonda, quando si adopera in queste condizioni è un ottimo mezzo di diagnosi. Nel prolasso costituito d' allungamento ipertrofico del collo, la sonda può penetrare per un tratto molto maggiore dell'ordinario. Il Dr. Simpson riferisce casi in cui penetrò fino alla profondità di quattro o cinque pollici, ed Huguier, le cui osservazioni sono più recenti ed estese, trovò che, in un gran numero di casi, la lunghezza media del canale uterino era di 4 pollici e $^3/_4$; in casi estremi si raggiunse la

lunghezza di nove pollici. Nei casi osservati da me , allo scopo di accertare le asserzioni di Huguier , ho trovato che la lunghezza del canale uterino ascende a 6 $^1/_2$ e 7 pollici. Vi è una causa di errore nell' adoperare la sonda, che è bene conoscere per non trarne false conclusioni. Talvolta la sonda si arresta a due pollici, o presso a poco, dalla bocca dell'utero, per la curva che, in questo punto, forma il collo uterino allungato, ed una volta fu per me necessario introdurre il dito nel retto e dopo, facendo una compressione sulla convessità di detta curva, la sonda facilmente procedette per due o tre altri pollici. Vi sono due categorie di casi : (*a*) , quelli in cui la *cavità cervicale* è allungata e, al tempo stesso, in stato di prolasso ; e (*b*) quelli in cui la *cavità uterina e cervicale* sono amendue allungate, restando la bocca dell' utero precisamente, o quasi , nel suo posto ordinario , all' estremità del canale vaginale , ovvero occupando altro posto. Io ho visto un caso in cui vi era tumore di entrambe le ovaje, la parte superiore dell'utero era tirata in alto e, contemporaneamente, era spinta in giù la parte inferiore. Il canale uterino aveva una lunghezza estrema (veggasi *Prolasso*).

I *fibromi uterini* frequentemente producono un notevole aumento della cavità dell'organo, come si accerta all' evidenza colla sonda. Il volume del tumore può, pertanto, essere considerevole e restare inalterata l'ampiezza della cavità dell'utero. L'allungamento di quest' ultima , dipendente dalla presenza di fibroma , può raggiungere tali proporzioni che la sonda penetra per sei, sette od otto pollici, e Sir J. Simpson richiama l'attenzione sovra un possibile errore : nei casi di lunga durata, talvolta avviene che la pressione prodotta da grossi fibromi produce l' accollamento dei due lati della cavità uterina, e la sonda si arresta ad una certa distanza dal sito reale del fondo dell'utero.

La diagnosi differenziale, fra l'allungamento della cavità, prodotto dalla trazione in sopra del fondo dell'utero e quello prodotto dalla presenza di un fibroma nelle pareti uterine , poggia sul rapporto che esiste fra la sonda, mentre è nell'utero, ed il tumore che occupa la pelvi e sporge nella regione ipogastrica. In generale, quando un tumore ovarico trae in sopra il fondo dell'utero, e perciò ne allunga la cavità, la sonda sta anteriormente al tumore. A questa regola vi può essere qualche eccezione , e, quando il tumore sta lateralmente rispetto alla sonda, questo mezzo di diagnosi differenziale non si può utilizzare. Quando il tumore che trascina l' utero è extrauterino, ordinariamente, un lato ed un angolo dell'utero sono tratti più in alto degli altri: a causa di questa disposizione, la sonda segue una direzione alquanto obliqua, spesso caratteristica.

Fibroma polipoide dell' utero. — Quando il polipo resta entro la cavità uterina, la distanza a cui può giungere la sonda è aumentata

in proporzione del volume del polipo. Per mezzo della sonda talvolta possiamo formarci un' idea molto precisa dei rapporti e del punto d' impianto del polipo , giacchè si può far girare lo strumento attorno alla massa del tumore, fra questo e le pareti uterine. Bisogna essere attenti a non cadere nell' errore di prendere il peduncolo del polipo per l'apice dell' utero; è possibile che la estremità della sonda si arresti in questo punto quando s' introduce la prima volta.

Ipertrofia dell'utero. — L'aumentata lunghezza della cavità uterina può dipendere da ipertrofia dell' organo, che si osserva di quando in quando, senza la concomitanza di qualcuna delle condizioni che producono l'allungamento della cavità e che sopra abbiamo descritte. L'allungamento che ha luogo per ipertrofia dell'utero non è mai considerevole, non oltrepassando, generalmente, i 3 ed $^1/_4$ ai 3 e $^1/_2$ pollici. Questa ipertrofia dell' utero ed il consecutivo allungamento del canale possono dipendere da una prolungata ipertrofia uterina congestiva, da ripetuti aborti o da difettosa involuzione dell'utero, che persiste a lungo dopo il parto.

Nel *cancro del fondo dell'utero*, l'organo si potrebbe trovare eccessivamente allungato, senza che la neoformazione fosse molto evidente sul collo. Nella molto rara malattia che chiamasi *tubercolo dell'utero*, si sono osservati l'allungamento e l'ingrandimento dell'organo.

Infine, nei casi di *anormale apertura della tromba di* Falloppio, la sonda può giungere ad un' insolita distanza. È necessario sempre studiare bene l'anamnesi della inferma e paragonare i risultati dell'esame colla sonda con quelli dell'esame della regione ipogastrica, ed è bene non venire a nessuna conclusione fino a che non si è fatto un esame combinato, colla sonda, internamente, e colla mano, situata sull'ipogastrio.

IL CANALE UTERINO È PIÙ CORTO DEL SOLITO.

Quando la profondità a cui può giungere la sonda è minore dell'ordinaria, la causa, secondo la classificazione di Sir J. Simpson, può essere una delle seguenti : —

Brevità congenita preternaturale dell'organo in generale. — Questa brevità congenita del canale si osserva quando l'utero è imperfettamente sviluppato, essendo tutto l'organo più piccolo del solito, o nei casi in cui il suo sviluppo è ineguale nei due lati. Lo stato degli organi esterni della generazione, apparentemente , può essere normalissimo, ed essere nel grado ordinario l'istinto sessuale, mentre l'utero può presentarsi contemporaneamente in uno stato di sviluppo imperfetto o difettoso. L'utero può essere doppio, ovvero esserne sviluppato un sol lato , o un lato può essere sviluppato fino

ad un certo grado e l'altro può presentare un grado di sviluppo meno completo. Queste condizioni non s' incontrano frequentemente nella pratica [1], ma non bisogna dimenticarne la possibilità, allrimenti i risultati dell'esplorazione colla sonda potrebbero essere imbarazzanti.

Restringimento del canale uterino ed obliterazione parziale per pressione fatta da tumori, ecc. — L'accorciamento del canale uterino, prodotto da restringimento, è stato da noi accennato nel parlare delle difficoltà che accompagnano l' introduzione della sonda. Nelle vecchie, la bocca interna dell'utero, che è il punto in cui ordinariamente trovasi il restringimento quando esiste, è spesso obliterata (Mayer, Matthews Duncan). La cavità propria dell'utero — cioè la porzione che sta sopra la bocca interna — può anche essere obliterata, ed allora la sonda si arresta allo stesso punto. Quando il canale è obliterato per pressione, per esempio da grossi fibromi che crescono nelle pareti uterine, può esserne una conseguenza il suo accorciamento.

Inversione parziale dell'utero. — L'accorciamento prodotto da inversione parziale non si può confondere con quello dovuto a restringimento o ad imperfetto sviluppo dell' utero. Nella inversione parziale vi è tumore sporgente dalla bocca uterina ; la sonda penetra in essa lateralmente a questo tumore, ma non può giungere fino al punto a cui giunge ordinariamente, la pratica ha mostrato che, in taluni casi, la diagnosi differenziale fra l' inversione parziale ed il polipo uterino è difficilissima; ma, coi dati che si possono ottenere da un abile uso della sonda uterina, possiamo sperare di vincere questa difficoltà. Il fatto diagnostico importante è che la sonda penetra ad una profondità minore del solito, su *tutti i lati* della massa protuberante. Se si tratta di polipo, la sonda percorre un tratto eguale all'ordinario, e la mano applicata sulla regione ipogastrica scovre che il fondo dell' utero sta al suo solito posto. Quando il polipo è *associato* a parziale inversione, la difficoltà è molto maggiore , e, in tal caso, un'accurata misura della lunghezza della cavità, l'esame del tumore, l'esplorazione *rettale* e l'esame della regione ipogastrica, si debbono tutti utilizzare per giungere ad una conclusione.

L' *atrofia dell' utero* si osserva, in rari casi, dopo il parto ; in questo caso, la cavità uterina si trova anche più corta della normale.

Infine , torniamo a ripeterlo , la flessione del canale, per cui si arresta il procedere dello strumento, *può* far credere che vi sia un reale accorciamento.

---

[1] Per altre informazioni su questo argomento consigliamo al lettore di consultare l'opera di Kussmaul, *Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdopplung der Gebärmutter.* Würzburg, 1858.

ESAME DELLA BOCCA DELL'UTERO PER MEZZO DELLO SPECOLO.

Adoperando lo strumento conosciuto col nome di specolo, possiamo accertare colla vista lo stato di quella parte dell'utero che sporge nella vagina e dell'orificio o bocca dell'utero.

Non si deve mai usare lo specolo senza far precedere un' esplorazione digitale. Questa ci farà conoscere se lo stato delle parti sia tale da sconsigliare o rendere impossibile l'uso di questo strumento. Oltre a ciò, la conoscenza della grandezza, lunghezza, ecc., della vagina, determinate colla esplorazione digitale, è necessaria acciocchè si scelga uno strumento che si adatti alle condizioni del caso speciale. Si può fare opposizione all'uso dello specolo quando trattasi di giovani donne nubili e sovratutto di quelle che hanno l'imene intatto. In tali casi, può essere ritenuto necessario l'uso dello specolo, ma raramente, a scopo diagnostico. Nei casi di cancro dell'utero, si deve maneggiare con molto garbo, giacchè, allora, ad un'imprudente introduzione dello specolo, può seguire grave emorragia.

Lo specolo si adopera più comunemente a scopo di diagnosi: nei casi di ostinata leucorrea, in cui vi è ragione di sospettare uno stato anormale dell'utero e delle glandole ivi situate; nei casi di menorragia e di emorragia ricorrente, allo scopo di accertare se vi sono o mancano piccole escrescenze polipoidi entro la bocca dell'utero, giacchè, talvolta, sono tanto piccole da non potersi scovrire coll'esplorazione digitale; nei casi in cui si ritiene opportuno l'esame oculare dello stato della porzione vaginale e della bocca dell'utero, per accertarsi se vi sono, e di qual natura, ulcerazioni, abrasioni, escoriazioni, ecc., delle parti suddette. Si adopera, inoltre, quando si crede necessario esplorare l'interno dell'utero, agevolare, in certi casi, l' uso della sonda uterina, e, quando è indispensabile, nella esecuzione di certe operazioni sul collo o sulla bocca uterina.

Modo di usare lo specolo. — I congegni meccanici per vedere la bocca dell'utero sono molto numerosi. Tubi semplici, tubi suddivisi in due o tre segmenti e, infine, lo strumento a becco d'anitra univalve — di Mariano Sims — tutti sono stati successivamente adoperati. È inutile descrivere particolarmente questi diversi strumenti.

I due specoli che, secondo me, corrispondono meglio allo scopo sono il corto bivalve (modificazione dello specolo di Cusco) e quello di Sims.

Per qualche tempo ho usato lo specolo modificato di Cusco, ma il solo che io adopero ha una larga bocca ed è molto portatile. I signori Weiss hanno perfezionato il metodo di aprire le branche, sicchè ora abbiamo uno strumento molto completo (figure 14 e 16).

Ha il vantaggio di portare la bocca dell'utero vicino all'ostio vaginale, cosa importantissima, e, siccome l'apertura o bocca è larga (1 $^1/_2$ pollice per 1 $^3/_8$), sono molto facilitate le operazioni. È lungo 4 pollici, si mantiene in sito da sè e non vi è bisogno di assistente.

Nell' usare questo strumento, l' inferma deve stare di lato, colle ginocchia tirate in sopra e le natiche un po' più elevate del torace, proprio al margine del letto. Lo specolo, precedentemente spalmato di olio e riscaldato, s' introduce chiuso, dirigendolo in dietro. La

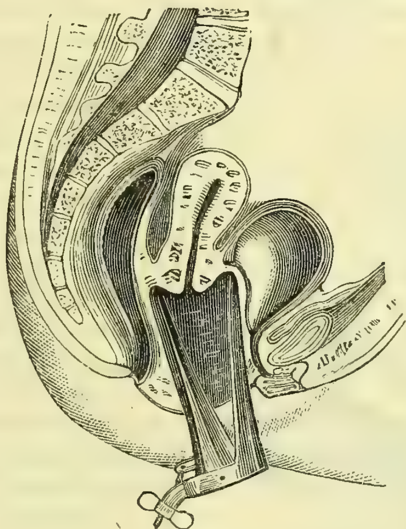


Fig. 14.

principale difficoltà s' incontra nell' ostio vaginale, ma questa si vince tirando un poco indietro la forchetta coll' indice della mano sinistra e dirigendo lo specolo, nel primo momento della introduzione, un poco obliquamente, rispetto al piano della sua apertura. Bisogna spingerlo fin che è possibile prima di avvitare le branche aperte, e, quando si è girata circa tre volte la vite, bisogna accertarsi se si vede la bocca dell'utero. Allora spesso accade che lo specolo deve essere diretto un po' più in dietro per portare in vista la bocca uterina, poi si aprono di più le branche. Quando la vagina è molto lunga e stretta questo specolo non serve bene, ma, quando l'apertura vaginale è dilatabile, è di grande utilità, giacchè, nell'allontanare le branche, la bocca dell'utero è portata in vista da un meccanismo abbastanza ovvio. Se l'ostio vaginale è molto stretto, è necessario uno strumento più piccolo dello stesso genere, ma, in tali circostanze, l'uso dello specolo non è spesso indispensabile. Nel ri-

tirare lo strumento, la miglior cosa è di far avvicinare le branche di $^1/_2$ pollice, per impedire che le pareti della vagina siano prese fra di esse.

La figura 14 mostra la posizione dello strumento quando è introdotto colle branche ad una distanza media ($1,^5/_8$ pollici). Si vede che buona parte della lunghezza dello specolo sta nella vulva. Il gran merito di questo strumento è che dilata la parte vulvare del canale.

Lo specolo del Dr. Meadows, costruito da Mayer e da Meltzer, rassomiglia alquanto a quello di Cusco, ma vi sono due altre branche laterali, per separare le pareti della vagina lateralmente. Oltre a ciò, l'estremità è più piccola, sicchè la sua introduzione è un poco più facile di quella dello strumento sovradescritto.



Fig. 15.

Un altro specolo è quello del Dr. Mariano Sims, ed è uno dei migliori. Esso ha due dimensioni, sicchè presenta il vantaggio di uno specolo a *quattro* branche, ciascuna di diversa ampiezza. Per usarlo bisogna avere un assistente. È necessario badare attentamente al modo di situare l'inferma che deve avere la seguente posizione: avvicinatasi proprio al margine del letto, il quale dovrebbe avere quasi l'altezza di una tavola ordinaria, si situa di lato e tira le ginocchia sull'addome. Poi mette il braccio sinistro disteso dietro al dorso. Così spinge un poco avanti il petto. Io ho trovato anche utile il sollevare le natiche con un sottile guanciale duro o con altro mezzo. Poi s'introduce lo specolo, tenendo la punta della branca vicino alla parete posteriore o pavimento della vagina. Si usa la branca più larga o più piccola secondo le circostanze. Quando è in sito si spinge tutto lo strumento in dietro, in modo che tutto il pavimento della vagina sia premuto contro il retto. Così si distende il perineo e, al tempo stesso, sono dilatati l'ostio ed il canale vaginale. Il fondo dell'utero cade un poco in avanti a causa della posizione della inferma e, naturalmente, penetra aria nella vagina. In taluni casi, in questo momento si vede bene la bocca dell'utero. In altri, la vescica e la parete anteriore della vagina sporgono in dic-

tro in modo da impedire la vista, e, quando ciò avviene, bisogna usare la sonda uterina o il dito per spingere di lato la parte sporgente, o, ciò che è meglio, si può afferrare con un uncino il labbro inferiore della bocca e tirare in giù dolcemente l'utero. Il Dr. Sims usa a questo scopo un piccolo e sottile tenaculum. Quello che si vede nella figura 15, e che io ho adoperato, è un poco più solido e più grosso ed un poco più curvo. Nel tirare l' utero in giù è simultaneamente necessario portare un poco lo specolo nella stessa direzione.

Si è molto adoperato in America uno specolo di Sims, che si mantiene da sè e che perciò dispensa dal chiamare un assistente. Spencer Wells ed il Dr. Savage hanno anche introdotto strumenti costruiti sullo stesso principio.

Lo specolo di Sims fa vedere benissimo la bocca ed il collo dell' utero, su cui si eseguono le manovre con estrema facilità. L'uso dell'uncino non produce nessun cattivo effetto, ma, quando l'inferma fa sforzi, come non di raro avviene durante l'azione degli anestesici, bisogna essere cauti acciocchè non si lacerino le parti.

La figura 15 rappresenta la grande branca in sito. L'uncino applicato è tirato in giù circa un pollice nella direzione dell'apertura vulvare, trascinando seco la bocca dell'utero.

In alcuni casi lo strumento bivalve è migliore dell'univalve, ma, quando è facile avere un assistente, l' univalve è di gran lunga preferibile.

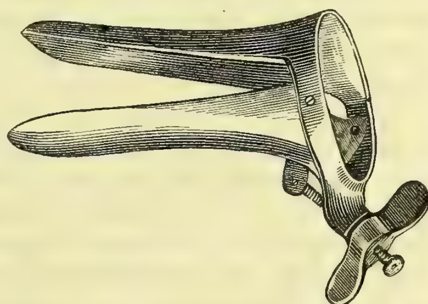


Fig. 16.

Lo strumento bivalve (fig. 16—quello di Cusco modificato da Weiss), sopradescritto è tanto superiore agli antichi specoli bivalvi che non li descrivo. Lo specolo di vetro tubulare—conosciuto col come di specolo di Ferguson—è anche molto inferiore ad esso. Quello di Neugebauer è uno specolo bivalve le cui due branche sono distinte e separate. Il Dr. Barnes (Obstetrical Transactions', vol. XIV. p. 309) descrive e dà la figura di una forma modificata di questo strumento.

In pochi casi, come quando lo specolo si usa per esplorare lo stato del setto vescico-vaginale, è bene far poggiare l'inferma sulle proprie mani e le ginocchia, in modo che l'osservatore possa vedere chiaramente la volta della vagina. Lo specolo univalve è il migliore in questi casi.

Lo specolo bivalve si può adoperare situando la donna nella posizione della litotomia, ma è molto migliore l'altra posizione da noi

descritta. Ordinariamente, è necessario, per mezzo di un piumacciuolo di filaccia, attaccato all'estremità di una lunga pinzetta da medicatura, allontanare i secreti da cui è coverta la superficie della parte esposta allo sguardo, acciocchè si possa ispezionare la mucosa.

ASPETTI DELLA BOCCA DELL'UTERO OSSERVATA COLLO SPECOLO.

La *bocca dell'utero* è l'apertura inferiore del canale cervicale; è rotonda, talvolta, però, trasversale, limitata da due *labbra*, uno anteriore ed uno posteriore, che sono levigati, uniformi e regolari, quando la donna non ha fatto figli; ma nelle donne che hanno partorito, hanno una superficie più o meno screpolata, poichè la bocca, è limitata da margini meno regolarmente conformati. La bocca dell'utero vergine, quando è normale, è uniforme, la porzione vaginale ha una forma regolare e conica; quella delle multipare è più larga, irregolare e, ordinariamente, più molle.

Hanno una speciale importanza gli aspetti che presenta la superficie della bocca uterina. I margini di essa — cioè la loro superficie — presentano un aspetto molto diverso da quello che si osserva nell'*interno* della bocca dell'utero, e, nelle circostanze ordinarie, collo specolo non si vedono soltanto i margini della bocca ma anche una parte dell'interno del collo che, per l'azione stessa dello specolo, tende a presentarsi alla vista. L'aspetto della superficie dell' interno del collo differisce molto da quello della superficie dei margini, tanto per colore, quanto per altre importanti particolarità, e vi è una linea brusca di separazione, sempre evidente, e, in generale, accentuata, fra la prima e la seconda.

La *covertura del collo dell'utero* — la cui istologia fu, per la prima volta, completamente descritta dal Dr. Tyler Smith — non è levigata ma presenta pieghe onde nascono depressioni ed elevazioni (veggasi figura 17), e, perciò, la superficie totale è molto aumentata. La disposizione delle pieghe varia nei diversi casi; per lo più, vi sono quattro elevazioni situate longitudinalmente e quattro colonne di pieghe della mucosa; da queste partono lateralmente branche trasversali, per cui, nell'insieme, si osserva una disposizione palmata; e, fra queste diverse elevazioni, se ne vedono altre più piccole. Tutta la superficie ha così un aspetto cribriforme. L'osservatore, nelle circostanze ordinarie, non vede che la parte più bassa e più piccola della superficie interna del collo uterino.

All'opposto della superficie cribriforme irregolare ora descritta i margini della bocca dell'utero mostrano una mucosa levigata ed uniforme. Essi possono essere lobulati e, perciò, irregolari, ma conservano sempre la superficie levigata ed uniforme. L'epitelio che covre i margini è della varietà squamosa, ed identica a quella che si

vede nella vagina, ma *entro il collo*, l'epitelio è cilindrico. Più in su e, perciò, ordinariamente in un sito in cui non si può osservare collo specolo, l'epitelio è vibratile.

La superficie dei margini della bocca uterina è coverta, come già si è detto, da uno strato alquanto grosso di epitelio squamoso. Sotto di esso sta una fina membrana, e l'uno e l'altra covrono alcuni importanti elementi — i *villi* o *papille*. Queste sono corpi vascolari lunghi che possono essere o no biforcati, talvolta così grossi da essere visibili ad occhio nudo. Si rendono evidenti macerando il collo dell' utero nell'acqua; allora, distaccandosi la covertura epiteliale, si vedono i villi che formano su tutta la superficie una frangia. *Entro al collo* vi sono anche villi di natura quasi analoga, ma non limitati e nascosti da epitelio come i sopradetti e sono tre o quattro volte più grossi: essi contengono, in amendue i siti , anse di vasi sanguigni. L'interno del collo differisce inoltre dai margini della bocca uterina perchè è provvisto di numerose cripte mucose che possono dare un copioso secreto, mentre sembra che manchino quasi totalmente questi elementi glandolari nella mucosa che covre i margini.



Fig. 17 [1].

Se, dalla superficie delle labbra della bocca dell'utero si togliesse la covertura epiteliale , si vedrebbe una superficie di colore rosso vivo, alquanto irregolare, costituita dalle estremità libere dei villi. Qualche cosa di simile a questa , normalmente , presentano i villi della cavità del collo ; ma, in questo punto, il collo è più irregolare , per la grandezza dei villi e per il colore rosso più scuro prodotto dalla loro maggiore vascolarità.

ESAME DELLE OVAJE.

Allo stato sano, non è facile determinare i limiti e la posizione delle ovaje per mezzo del tatto , a causa della loro profondità. In generale, fra la parte superiore della vagina e l'ovaja, vi è tanto

[1] La figura 17 mostra la superficie interna del collo uterino come si vede sotto al microscopio (da Tyler Smith).

spazio da impedire che il dito tocchi agevolmente l'ovaja. Per eseguire la esplorazione digitale di questa, la donna deve stare di lato, colle ginocchie tirate molto in sù, e introdurre il dito nella vagina quanto più in alto è possibile. Allora si può spingere la punta del dito nella direzione ove si sa che trovasi l'ovaja, fino a che se ne rende evidente la presenza. La resistenza dei tessuti allo stato sano è considerevole, e vi può essere bisogno di molta pressione per raggiungere la superficie dell'ovaja e determinarne i limiti. Le sue note caratteristiche sono la sua forma ovoidale e il volume nonchè un certo grado di mobilità. Quando l'ovaja è fuori del suo posto o è ingrossata, è molto più facile sentirla. D'altra parte, quando vi sono adesioni, può essere difficile il riconoscerla.

In alcuni casi, si può eseguire un esame doppio, premendo da sopra in sotto, colle dita dell'altra mano, sull'orlo della pelvi. La riuscita di questa manovra dipende dalla sottigliezza e cedevolezza dei muscoli addominali. In pochi casi, con un esame combinato, fatto nel modo suddetto, si possono determinare, con molta precisione, il perimetro e la grandezza delle ovaje.

Vi sono altre cose che si possono osservare coll'esplorazione digitale. Quando vi è dilatazione o idropisia della tromba di Falloppio, si potrebbe prendere per l'ovaja, ed anche la discesa di porzioni d'intestino, nello spazio del Douglas, potrebbe essere tale che queste porzioni simulassero la forma dell'ovaja.

CAPITOLO IV.

SINTOMATOLOGIA DELLE MALATTIE DELL' UTERO.

SERIE DEI SINTOMI OSSERVATI. — Dischinesia uterina, sua importanza e frequenza – Sintomi isterici – Sintomi cerebrali.

Il metodo ordinariamente tenuto nel descrivere le malattie degli organi sessuali della donna è quello di disporre gli argomenti sotto varii capi — alcuni dei quali rappresentano le malattie studiate sotto un aspetto patologico, ed altri sotto uno semplicemente sintomatico. « L'infiammazione dell'utero » e la « Leucorrea » sono due esempii di questa nosologia; la prima indica una nozione patologica, la seconda è soltanto un'espressione sintomatica.

Il metodo d'osservazione clinica da me tenuto mi ha fatto conoscere alcune importanti omissioni relative alla sintomatologia delle malattie uterine. Io ho sempre avuto l'abitudine d'interrogare le inferme, specialmente sulle sensazioni o dolori o molestie che provano. Essi costituiscono alcuni dei più importanti sintomi che presentano le inferme, e, quando si bada a non interrogarle indebitamente, ma si lascino esprimere col loro linguaggio, si possono ottenere dati importanti i quali, quando s' interpretano bene, sono molto istruttivi e, spesso, possono spargere molta luce sulla diagnosi dei singoli casi. La seguente è una lista dei sintomi di ogni specie, che si possono osservare nelle malattie degli organi sessuali della donna, e che, per quanto si è potuto, sono stati disposti secondo il loro ordine di frequenza. Di essi, in altra occasione, ho fatto la base di una discussione *clinica* dell'argomento [1], e li riporto quì : —

Dolore (nella regione dell'utero o nelle sue vicinanze) —
1. Spontaneo.
2. Prodotto dai movimenti (dischinesia uterina).
3. Insolita sensibilità al tatto.

Leucorrea.
Dismenorrea.

---

[1] Harveian Lectures. *The Mechanical System af Uterine Pathology.* Longman 1878.

Menorragia.
Amenorrea.
Se maritatata — Sterilità, aborti.

Varii fenomeni riflessi : —
1. Nausea.
2. Isterismo.
3. Convulsioni.
4. Cefalalgia.
5. Melanconia.

Disturbi delle funzioni della vescica.
Disturbi delle funzioni del retto.
Disturbi delle funzioni sessuali (Dispareunia).

Un fatto che si può osservare nella sintomatologia delle malattie uterine e che, nelle mie osservazioni, ho conosciuto, è la notevole frequenza di un sintomo che ha richiamato ben poco l'attenzione degli scrittori delle malattie uterine, ma il quale vi è tanto spesso che io lo ritengo importantissimo. Intendo parlare del secondo sintomo della lista sopradetta, cioè del dolore nelle vicinanze dell'utero, provocato dai movimenti : io l'ho chiamato *dischinesia uterina*. Con questo nome s'intende una sensazione dolorosa o un dolore reale o una molestia di qualsiasi specie sentita nella pelvi, in dietro, in avanti o di lato, ma sempre prodotta o aggravata da qualche movimento del corpo, dallo stare in piedi o dal passeggiare o dal curvarsi e, talvolta, anche dallo stare seduti. Questa dischinesia uterina si osserva, in realtà, quasi più comunemente di qualunque altro sintomo. Io credo che bisogna richiamare sovr'essa energicamente l'attenzione, non solo per la sua grande frequenza, ma perchè sembra che sia un sintoma importante ; ed importante per due ragioni, in primo luogo perchè le inferme costantemente ne parlano e lo desiderano mitigato, e, in secondo luogo, perchè indica l'importanza e la preponderanza, come cause di sofferenza e di molestia, delle distorsioni, delle flessioni e dei cangiamenti di posizione dell'utero. La frequenza del sintomo mi ha indotto ad investigare con attenzione la sua origine, e sono venuto nella conclusione che le distorsioni dell'utero nell'organismo femminile hanno una parte che non è seconda a nessun altra nel produrre sofferenza, dolore, molestia ed incapacità cronica a lavorare ed a varie specie di esercizii. Quantunque in pochi casi la dischinesia è riferibile a malattia ovarica, nella maggior parte dei casi è l'utero quello che vi dà origine.

Un'altro sintomo della lista sopra riportata è la insolita sensibilità al tatto dell'utero o delle parti adiacenti. Una classe di casi è quella in cui trattasi di ciò che il Dr. Gooch chiama « utero ir-

ritabile ». Questi casi, come in altri capitoli esporremo diffusamente, possiamo dire per ora e mostrare che sono casi di flessione acuta dell'utero accompagnata da congestione e che l'estrema sensibilità dipende dalla congestione e distorsione dell'organo.

Una serie di sintomi che spesso si osservano nelle donne sono i così detti « sintomi isterici ». Invero, il rapporto che passa fra il sistema nervoso e gli organi sessuali delle donne è tale che richiederebbe uno studio distinto e completo se vi fosse tempo ed opportunità. I così detti sintomi isterici meritano una considerazione molto attenta da che le nostre conoscenze sulle malattie degli organi sessuali si sono arricchite. La spiegazione più razionale e semplice, che ora si può dare dei diversi finora oscuri sintomi che si possono osservare nelle donne, si estende alle speciali, manifestazioni nervose finora descritte come « isteriche »; per parte mia, sono pienamente convinto, dai numerosi fatti osservati con attenzione, giunti a mia notizia, che molti di questi sintomi isterici non si possono più ritenere come « bizzarri » e indecifrabili, ma che si possono interpretare.

Noi possiamo andare anche più in là. Sembra che vi siano buone ragioni per credere che alcuni dei casi, di malattie « mentali », per lungo tempo ritenute come dominio dei medici alienisti, sono, in realtà, alienazioni prodotte da malattie degli organi sessuali che, perciò, debbono essere curate e mitigate dai ginecologi. Su questo argomento, negli Stati Uniti, è stata rivolta l'attenzione dal Dr. Storer, dal Dr. Pallen e da altri. Un eminente medico di New-York, il Dr. Peaslee, recentemente ha asserito, in una discussione tenuta in una riunione medica di New-York, che egli, negli asili dei matti, ha osservato parecchie donne in cui la pazzia era prodotta da malattia ovarica o uterina [1]. Io ho incontrato casi dello stesso genere nella mia pratica.

[1] *Amer. Joûrn. Obstet.*, vol. x. pp. 206, 284.

CAPITOLO V.

PATOLOGIA GENERALE DELL'UTERO.

Sommario storico. — Sistema meccanico di patologia uterina. — Definizione. — Lacerazione del collo dell'utero.

Molti importanti punti relativi alla patologia uterina, che sono stati l'argomento di grande disputa, se ancora non sono definitivamente stabiliti, sono su questa via. O, almeno, possiamo dire che alcune cose ora si possono ammettere come assodate, mentre, sette anni dietro, si sarebbero contestate, e lo furono, col fatto, energicamente. L'influenza dell'opinione è ora innegabile, riguardo a quelli che possiamo chiamare nuovi modi di considerare l'argomento della patologia uterina, quantunque non manchino scrittori autorevoli che ancora seguono la vecchia via.

Può essere necessario fare un poco di ricapitolazione, ma, nello esporre, nel modo che a me sembra esatto e conveniente, la patologia uterina quale oggi è, mi sforzerò piuttosto di parlare del presente, cercando di connetterlo al futuro, che di dilungarmi nella reminiscenze storiche.

Sembra probabile, giudicando dai cenni e dalle asserzioni sparse negli scritti degli antichi medici, che gli spostamenti dell'utero fossero da lungo tempo conosciuti, non solo i gravi spostamenti esterni che, naturalmente, non avrebbero potuto sfuggire all'osservazione, ma anche gli spostamenti interni meno gravi, che soltanto un osservatore più o meno abile può scovrire. Ma resta indubitatamente il fatto che, se questi spostamenti interni sono stati conosciuti, non furono convenientemente ed abbastanza descritti fino ad epoche relativamente recenti.

È probabile che le conoscenze relative all'importanza di questi spostamenti avrebbero fatto maggiori progressi alcuni anni dietro, se l'attenzione non fosse stata distolta da essi e richiamata da altre novità patologiche. In primo luogo, la teoria « dell'infiammazione » fu applicata all'argomento delle malattie uterine e, tranne che spiegare, per mezzo di questa teoria, gl'inconvenienti ed effetti che esse pro-

ducono, allora non si fece che poco di più. Secondariamente, la scoverta o ripristinazione dello specolo ebbe un'importante parte nel distogliere l'attenzione dall'argomento degli spostamenti, o, per parlare con maggiore esattezza, dall'argomento delle distorsioni e spostamenti dell'utero. Allora si concentrò tutta l'attenzione sugli aspetti che presentano la bocca dell'utero e quella parte del collo che potevasi vedere colla ispezione. È probabile che, quanto alla patologia dell'utero, lo specolo sia stato tanto un danno quanto un vantaggio. I ginecologi non si occuparono quasi che della novità di potere ispezionare la bocca dell'utero e di classificare i suoi varii aspetti. Qualunque irregolarità nelle sensazioni dell'inferma, qualunque molestia ed incapacità, attribuivansi ad ulcerazione o infiammazione della bocca e delle parti adiacenti del collo dell'utero. Si pensò che tutto quanto era necessario fosse l'uso della vista, mentre la posizione, la forma e, quasi, anche l'esistenza del corpo dell'utero erano ignorate o, almeno, trascurate. L'esagerato e troppo esclusivo uso dello specolo, dopo un certo tempo, produsse una reazione; ma la sua influenza, è ancora manifesta e, anche oggi, possiamo vedere i cattivi effetti prodotti dal seguire esclusivamente questo metodo di osservazione.

L'attenzione troppo esclusiva, rivolta alla bocca ed al collo dell'utero, semplicemente perchè era così facile ispezionarli coll'occhio coadiuvato dallo specolo, dopo un certo tempo fu dimostrata erronea dall'influenza degli scritti di Scanzoni, il quale, per il primo, parlò della grande importanza del corpo dell'utero, e rivolse i suoi studii a questa parte dell'organo che era stata trascurata. Contemporaneamente, Tyler Smith s'occupò dello stato interno del canale cervicale e, mentre « l'infiammazione » delle varie parti dell'utero era studiata da molti osservatori, cominciarono a destare interesse gli spostamenti dell'organo. Nel tempo in cui, in Francia, l'ulcerazione e l'infiammazione della bocca dell'utero erano ritenute di grandissima importanza, Velpeau, nel 1854, disse che, secondo la sua esperienza, la maggior parte delle donne curate, per altre malattie uterine, non avevano che spostamenti, e che, nove su dieci delle inferme in cui si era fatta diagnosi d'infiammazione, presentavano invece uno spostamento.

Il distinto professore di Edimburgo, Sir J. Y. Simpson, contribuì molto allo sviluppo delle conoscenze relative agli spostamenti uterini, la cui diagnosi fu resa facile dalla invenzione della sonda uterina, ed egli conobbe bene la grave importanza di queste lesioni. La sua benefica influenza, nel diffondere queste conoscenze, sarebbe stata forse maggiore se uno strumento, da lui inventato per curare una varietà di spostamento, non fosse stato pericoloso per la vita in alcuni casi in cui fu applicato.

Nei progressi più moderni, che sono stati fatti nello studio degli spostamenti, è difficile assegnare con esattezza ai varii scrittori la loro parte. Si è fatto molto negli Stati Uniti, molto, massime in questi ultimi tempi, in Germania, ma, più che in qualunque altro luogo, in Inghilterra. Possiamo asserire, senza tema di errare, che l'Inghilterra e l'America si contendono il merito principale. In America, alcune delle dottrine sorte in Europa si sono diffuse più che in Inghilterra.

Nella 3ª edizione di quest'opera, pubblicata nel 1872, cercai di far convergere, con maggior precisione, ad un centro le conclusioni cui le mie letture e le mie scrupolose osservazioni mi fecero giungere, e il risultato di questi miei sforzi trovasi nella esposizione del « sistema meccanico di patologia uterina ».

In sostanza, la conclusione a cui io giunsi fu la seguente, che la maggior parte delle molestie, dei dolori e degli inconvenienti di cui le inferme si lamentano, e che si riferiscono agli organi generativi, son prodotti e dipendono da cangiamenti meccanici dell'utero e dai loro effetti. Le distorsioni dell'utero, una ai suoi spostamenti, più o meno concomitanti, sono perciò, la causa di tali dolori e inconvenienti e di varii altri sintomi che, quando sono uniti insieme, costituiscono la maggior parte delle affezioni conosciute col nome di malattie degli organi generativi delle donne.

Sulle prime, sembrò che le conclusioni avessero un carattere tanto generale da non farmi credere, per un certo tempo, che un argomento, il quale sempre è parso difficilissimo, fosse divenuto così semplice; ma, a misura che passava il tempo, rendevasi evidente che non vi poteva essere errore e, quanto più casi io vedeva, tanto più esattamente i principii di cui ci occupiamo applicavansi ai nuovi fatti osservati.

Queste conclusioni furono riassunte nelle tre seguenti proposizioni:

« 1. Le donne che presentano sintomi patologici (d'infiammazione uterina) (o, per meglio dire, sintomi riferibili all'utero), hanno quasi sempre flessione o alterazione della forma dell'utero, il cui carattere si riconosce facilmente, ma sono di vario grado.

« 2. Il cangiamento della forma dell'utero spesso è prodotto dal fatto che i tessuti dell'utero precedentemente si sono rammolliti ad un grado insolito (ciò s'indica correttamente col nome d'infiammazione cronica).

« 3. Avvenuta la flessione, non solo è soggetta a perpetuarsi, per dir così, ma continua ad agire incessantemente come causa dell'infiammazione cronica. » [1]

---

[1] Veggasi la terza edizione di questa opera a p. 2; Longmans, 1872.

D'allora, nulla è avvenuto che avesse scosso la mia convinzione circa la verità di queste conclusioni; al contrario, ho avuto sempre più argomenti per confermare la loro esattezza. Le parole sopra comprese fra parentesi e che si riferiscono alla sola « infiammazione » debbono essere modificate, giacchè ora posso dare una spiegazione più completa e soddisfacente di quello stato che chiamasi « mollezza ».

Circa la parola « meccanico », nel modo come è usata nella frase « sistema meccanico di patologia uterina », vi è stato un malinteso di cui è necessario occuparmi. Io l'adopero qui per indicare l'origine e la natura dell'alterazione. Con essa, intendo di mostrare l'importanza che le distorsioni ed alterazioni di posizione dell'utero — in una parola, i cangiamenti meccanici — hanno nel produrre le affezioni uterine. La parola meccanico, pertanto, ha indotto alcuni di coloro che hanno criticato le dottrine da me sostenute ad immaginare, ingiustamente, come io adesso mostrerò, che sia stata mia intenzione e desiderio d'introdurre l'uso generale e invariabile di strumenti e di mezzi meccanici nella cura delle malattie uterine. Questo scopo è ben lungi dalle mie intenzioni.

Il principale argomento addotto da coloro che ancora si oppongono al sistema meccanico di patologia uterina, è che, ammettendo la frequenza con cui le alterazioni di forma dell'utero hanno luogo, esse non hanno mai importanza se non sono associate ad « infiammazione cronica », o, come alcuni preferiscono dire, « congestione dell'utero ». Essi affermano che l'inferma soffre non per la flessione ma per certe condizioni concomitanti, e giungono fino a dire che la flessione per sè stessa non produce sintomi.

Più tardi discuteremo questo punto; quì, però, possiamo ricordare che la cosa realmente disputabile è il rapporto che passa fra la flessione e l'altra condizione (chiamata infiammazione cronica, congestione, ecc.). Non si fa nessuna quistione sull'importanza di « quest'altra condizione ». (Nelle tre proposizioni sopra riferite si accenna specialmente ad essa). Coloro che combattono la teoria meccanica hanno l'obbligo di spiegare come e perchè l'utero è passionato da « quest'altra condizione » che essi ritengono, e, sotto un aspetto, giustamente, tanto efficace nel produrre sofferenze. Per quanto io sappia, non è stato fatto nessun tentativo per dare questa spiegazione. Il solo argomento critico che è stato portato in campo è che le inferme migliorano curandone la sola congestione, pur abbandonando a sè stessa la distorsione dell'utero. Il miglioramento ottenuto in questo modo, senza dubbio, è vero, ma ciò non infirma l'asserzione, dimostrata dai numerevoli fatti clinici, che le flessioni sono, senza dubbio, la causa principale della congestione. Infatti, questa, spesso, può essere allontanata ridando all'utero la sua forma. Più tardi tratteremo con diffusione questi argomenti.

Ha una massima importanza la questione relativa alla natura di « quest'altra condizione », tanto soggetta ad andare congiunta colle flessioni. Io me ne sono occupato in un modo speciale, e credo che ora se ne possa dare una relazione intelligibile. Insomma : —

1. L'utero è molto soggetto a passare in uno stato di congestione pasiva qnando si è distorto e flesso, comechè possa divenire congesto per altre cause.

2. L'utero è molto più soggetto a distorcersi quando i suoi tessuti sono in uno stato di mollezza e flaccidità.

3. La mollezza e flaccidità dell'utero, in generale, indicano la cattiva nutrizione dell'organo.

4. La così detta « infiammazione » cronica, ordinariamente è congestione cronica, conseguenza di flessione dell'utero.

Di recente, negli Stati Uniti, si è rivolta l'attenzione agli effetti della *lacerazione del collo dell'utero durante il parto*, come fertile sorgente di varii inconvenienti e cangiamenti gravi nell'utero. Sembra che il Dr. Emmet abbia, per il primo, eseguito un'operazione, nel 1862, a causa di questo stato di cose, ed ha pubblicato un lavoro relativo nel 1874. Il Dr. Emmet dà una relazione completa delle sue ricerche e delle numerose operazioni nel suo trattato dato a luce di recente. Egli afferma che Roser, per il primo, abbia descritto un ectropio del collo, derivante da lacerazione. Il Dr. Emmet annette grande importanza a questa lesione, e crede che molti dei cosiddetti casi di « ulcerazione » della bocca dell'utero, in realtà, fossero casi di questo genere. Non v'ha dubbio che questo soggetto merita un attento ed accurato studio. Questa lesione è stata negletta, e si ricaveranno molti beneficii da una completa conoscenza della sua natura e della sua cura. In un altro capitolo di quest'opera ce ne occuperemo più particolarmente.

CAPITOLO VI.

CONDIZIONI ANORMALI DEI TESSUTI DELL'UTERO. CATTIVA NUTRIZIONE DELL'UTERO—MOLLEZZA ANORMALE.

Cattiva nutrizione dell'utero o mollezza anormale. — Sua vera natura patologica — Evidenza dell' esistenza della cattiva nutrizione generale in tali casi — Effetti nel predisporre alle distorsioni dell'utero o nel cagionarle — Sintomi osservati — Casi tipici.

Nell'antica nomenclatura, le parole « congestione » ed « infiammazione dell'utero » erano le più frequentemente adoperate nel descrivere i cangiamenti di natura patologica che avevano luogo nell'utero. Questi termini non sono più ugualmente proprii. La parola « congestione » dell'utero si può ancora usare, ma l'espressione « infiammazione dell'utero » non si può più ritenere come esatta.

Vi sono due cose le quali meritano una speciale discussione: 1) uno stato « d'insolita mollezza » dei tessuti uterini. 2) quello stato dei tessuti per il quale sembra ancora proprio il nome di « congestione ». Secondo me, ha un'utilità pratica la descrizione sotto questi due capi dei principali cangiamenti patologici dei tessuti uterini.

MOLLEZZA ANORMALE DELL'UTERO.

Uno dei risultati a cui sono giunto dopo una lunga osservazione delle malattie dell'utero è la convinzione che l'utero, clinicamente, spesso è in uno stato di mollezza anormale, la quale passiona i suoi tessuti in generale. Nei diversi casi si osserva di varii gradi. Essa si riconosce col tatto. Quando si fa l'esplorazione digitale nel solito modo, si nota che i tessuti della bocca e del collo dell'utero hanno perduto la loro resistenza normale e, per lo più, quest'alterazione si accerta fin dove giunge il dito. La mollezza talvolta è così avanzata che è difficile determinare il perimetro della bocca dell'utero. Quando i tessuti del collo sono così rammolliti, il dito facilmente vi s'infossa, poichè non presentano più l'abituale loro resistenza.

È noto che, durante la gravidanza, i tessuti della bocca uterina si rammolliscono, ed il rammollimento, che si può con facilità ac-

certare nelle donne gravide a due o tre mesi, si avanza progressivamente a misura che si avanza la gravidanza.

La mollezza della bocca dell'utero, di cui ora dobbiamo occuparci, non ha relazione colla gravidanza, comechè, fisicamente, non vi è che poca diversità fra la mollezza prodotta dalla gravidanza e quella che si osserva in altri casi. Il mio scopo è di far notare che si possono osservare gradi estremi di mollezza in casi in cui non vi è gravidanza.

Mollezza anormale dell' utero nulliparo. — Tipicamente, la ordinaria mollezza sopraccennata si trova in quelle giovani donne che sono soggette ad una grande debolezza generale, o che hanno subito l'influenza di un'alimentazione per lungo tempo insufficiente. Si può osservare, inoltre, in donne maritate o che hanno avuto figli, ma, per comodità di studio, è bene limitarci, per ora, a considerare il rammollimento dell'utero, osservato nelle donne giovani, e che non ha rapporto colla gravidanza o colle sue conseguenze.

Nei casi tipici non complicati, non vi è considerevole aumento della massa uterina, l'organo non è necessariamente ingrandito, ma fa d'uopo distinguere bene i due seguenti stati: 1°) la mollezza semplice; 2°) la mollezza con congestione.

Da lungo tempo ho notato la presenza della mollezza, e, per lungo tempo, non ho potuto rendermene ragione o trovare una soddisfacente spiegazione. Nella eccellente opera di Scanzoni, « Die Chronische Metritis », quest'autore si diffonde molto a dimostrare che i così detti cangiamenti cronici flogistici dell'utero debbono, con maggiore esattezza, ritenersi come disturbi cronici di nutrizione. Questa osservazione fu il punto di partenza al quale credo di essere debitore della spiegazione che, d' allora in poi, sono stato indotto a dare di questa anormale mollezza dell'utero, giacchè l'esame di numerosi casi subito mi fece concludere che questa mollezza era tanto frequentemente associata a deficiente attività nutritiva del corpo, in generale, che ben poco si potrebbe dubitare della sua reale dipendenza da tale difettosa nutrizione; e la conclusione a cui, per tale modo, io giunsi fu che questa anormale mollezza dell'utero, osservata nelle giovani donne che presentavano sintomi uterini, era l'indizio della cattiva nutrizione dell'utero.

La mollezza anormale sembra che sia l'effetto di ciò che si può chiamare « esaurimento cronico per insufficienza di cibo », e che consista essenzialmente nella cattiva nutrizione dell'utero. Il periodo della pubertà è un periodo di grande sviluppo; si richiede molto materiale nutritivo per costruire l'organismo e per provvedere al grande aumento di massa e di peso che implica il passaggio dallo stato di fanciulla a quello di donna. Le inferme che presentano questa mollezza e questo stato atonico dell'utero, quasi invariabilmente, giusta

la mia esperienza, non hanno sopperito ai sopradetti bisogni. Esse o hanno preso troppo scarso materiale nutritivo, o hanno largamente sciupato le loro forze vitali, nella sopradetta età, ovvero hanno commesso l'una e l'altra cosa. Per lo più, sembra che, dai 14 ai 17 anni, abbiano luogo questi errori, ed è una fortuna se non lasciano traccia di sè per tutto il resto della vita.

Quanto sopra abbiamo detto è il frutto di lungo studio, e si fonda sopra numerosissime osservazioni che comprendono un'attenta ricerca dell'anamnesi, del modo di crescere e delle varie possibili circostanze predisponenti di molte inferme che presentavano questo disordine nutritivo dell'utero.

La mollezza del collo dell'utero si riconosce col tatto. Ma i tessuti del corpo di quest'organo non si possono esplorare come quelli della bocca e del collo; eppure l'evidenza clinica dimostra che la mollezza, in tali casi, passiona il corpo dell'utero. Questa evidenza consiste nel fatto che, in questi casi, l'utero ha un grado molto anormale di pieghevolezza. Infatti, la mollezza si associa a questa anormale pieghevolezza indicata dalle flessioni, ovvero, facendo alcuni esperimenti, si accerta che l'organo possiede questa proprietà ad un grado molto avanzato. Ciò ha un'importantissima relazione colla etiologia delle flessioni, come vedremo più tardi.

Nei casi peggiori che io ho veduto, quasi invariabilmente, vi era una debolezza generale. L'inferma, per un lungo periodo di tempo, aveva mangiato molto poco. Lo stato dei muscoli, la mancanza di grasso, il grande languore, la debolezza generale, la mancanza d'appetito, ed altri sintomi non meno importanti, mostravano che queste inferme soffrivàno di esaurimento cronico e che i tessuti dell'utero erano perciò indeboliti, come quelli degli altri organi del corpo.

L'influenza debilitante di un'alimentazione insufficiente si rivela in varie guise, nei diversi casi. L'atrofia e la debolezza che ordinariamente produce, per lo più, spiegano però, maggiormente, la loro azione sovra un organo speciale — in un caso, sui polmoni; in un altro, sul cervello, e, talvolta, come nei casi sopradescritti, sull'utero.

Io credo che l'utero, imperfettamente nutrito, sia sempre anormalmente molle; la mollezza, forse, dipende in gran parte dalla reale deficienza dell'elemento muscolare nei tessuti; ma può in parte dipendere dalla scarsa azione nervosa e da diminuzione dell'apparato vaso-motore. Vi è uno stato dell'utero a cui è bene rivolgere l'attenzione quì, avendo rapporto colla questione della causa della mollezza. Quando l'utero è gravido, i tessuti della bocca e del collo, durante i primi mesi della gravidanza, hanno una certa durezza e resistenza; ma, se avviene l'aborto, a misura che si compie il pro-

cesso di evacuazione del contenuto uterino, i margini della bocca divengono molto molli e cedevoli al tatto. Infatti, il processo di dilatazione del collo — che è una parte del processo di aborto — sembra che sia connesso al rilassamento e rammollimento dei suoi tessuti. Naturalmente, non vi è analogia fra le due cose; vi è soltanto una rassomiglianza circa le qualità fisiche valutabili col tatto.

Io ho avuto il piacere di vedere che l'esperimentato osservatore Dr. T. Gaillard Thomas ha accettato completamente le conclusioni mie circa l'azione dell'esaurimento cronico, nel produrre la mollezza dell'utero. Nella quinta edizione della sua opera (1880) il Dr. Thomas dice: « la forma dell'utero — cioè la sua forza muscolare e il suo potere di resistenza — subisce l'influenza della mancanza di sufficiente materiale nutritivo e le flessioni ne sono un effetto frequente, come ha ben detto il Dr. Graily Hewitt...... Non è un'esagerazione l'asserire che la donna americana, tranne nelle nostre città, è quasi languente di fame. »

Clinicamente si osserva che l'anormale mollezza dell'utero spesso è *congiunta a vera congestione* dei tessuti uterini, dal quale stato essa è totalmente distinta. Molto frequentemente, inoltre, è congiunta a flessioni dell'utero; una classe molto importante di casi è quella in cui l'utero, a causa della sua grande mollezza, facilmente passa da una forma di flessione ad un'altra. Questi casi sono rari e si trovano descritti nell'ultimo capitolo, sotto il nome di *flessioni* alternanti.

La mollezza anormale dell'utero, forse, a stento si potrebbe considerare come una malattia, nell'ordinario senso della parola. L'esperienza clinica, però, indica che è un potente fattore nella produzione delle malattie, e, come tale, merita un attento ed accurato studio.

L'importanza di questo stato poggia principalmente sul seguente fatto che, essendo a causa di esso l'utero più pieghevole del solito, se ne può alterare la forma, e quest' alterazione di forma può restare permanente dopo che è sparita la mollezza anormale.

Mollezza anormale consecutiva della gravidanza.—Le osservazioni precedenti si applicano, per la maggior parte, all' utero nulliparo. La gravidanza è uno stato che può lasciare dietro di sè un grado di mollezza di carattere speciale. Dopo che l'utero ha espulso il suo contenuto, resta più molle del solito per un tempo variabile. Mentre ha luogo il processo d'involuzione, è probabile che i suoi tessuti sieno più molli che in altre epoche. Quando il processo d'involuzione è prolungato, può avvenire che, per qualche tempo dopo finita la gravidanza, l' utero resti più grosso e molle ad un grado anormale. Clinicamente, ciò si osserva di quando in quando, e, in tale circostanza, si può osservare uno stato complesso, costituito in

parte da imperfetta contrazione dell'utero e, in parte, da insolita congestione dell'orgauo; sicchè l'utero si può trovare anormalmente grosso ed anormalmente molle. I fatti osservati nei casi di questo genere ci fanno dubitare ben poco che in essi non si tratti di una debolezza nutritiva come nell'altra classe di casi. Quì la disgregazione dell'utero è lenta e la sua ricostituzione è anche lenta, evidentemente per la stessa causa, cioè per una deficiente attività dei processi nutritivi nei tessuti uterini. Questa deficiente azione molto spesso si può, infatti, riferire ad insufficiente alimentazione ed a mancanza di cibi convenienti.

Ora dobbiamo occuparci dei sintomi che si possono osservare nei casi di anormale mollezza dell'utero. Essi presentano un importante campo di studio. Uno dei più costanti fra questi sintomi è il dolore durante la locomozione, o un dolore prodotto dai movimenti del corpo. Vi può essere semplicemente molestia prodotta dai movimenti. Questo sintoma io l'ho osservato nel suo massimo grado quando la mollezza è congiunta, come molto spesso ne è il caso, a flessione dell'utero. Questa dischinesia uterina sembra che, in questi casi, dipenda da una non naturale flessibilità dell'organo; un leggero movimento del corpo dà origine ad una temporanea flessione dell'utero, e questa produce il dolore. Un altro sintoma molto frequente nei casi di mollezza anormale dell'utero è la *nausea*. Questo sintoma è causa di gran disturbo all'inferma, e, prolungandosi, può indebolirne molto l'organismo. Si osserva di tutti i gradi. È massima quando vi è anche flessione. I casi gravi da me osservati furono quelli in cui l'utero era estremamente molle, e la flessione era stata trascurata perchè transitoria. La nausea non denota necessariamente mollezza dell'utero, poichè, senza esservi questa, può essere prodotta da flessione. La forma più insidiosa di questo sintoma è quella in cui la nausea è di leggero grado ma molto costante. Vi è una permanente ripugnanza ai cibi, quantunque possa mancare in realtà il vomito. L'inferma, perciò, acquista l'abitudine di mangiare meno di quanto le bisogna, e la conseguenza ne è l'esaurimento cronico.

Nella riunione dell'*Associazione Medica Britannica*, tenuta a Manchester nel 1877, lessi un lavoro sulla « mollezza anormale dell'utero come fattore nell'etiologia delle distorsioni uterine, e come causa di diminuita locomozione. »[1] In quel lavoro riferii le particolarità di dodici casi tipici (nullipari,) e qui ne riporto alcuni per illustrare la storia di tali casi nonchè la natura ed il corso dei sintomi osservati.

---

[1] Pubblicato nel *Brit. Med. Journ.*, Nov. 3. 1877.

Caso I.—Un'istitutrice di 20 anni era stata ammalata per più di 2 anni quando venne per la prima volta a consultarmi. La difficoltà nel camminare, che per un più lungo periodo di tempo aveva incontrato, in ultimo era divenuta così grande che ella era quasi paraplegica. Vi era grande debolezza generale, la quantità del cibo presa giornalmente era scarsissima a causa della nausea che la sola idea di mangiare cagionavale. Dopo inutili sforzi a continuare il suo ufficio, dovette rinunziarvi totalmente. La mestruazione, secondo me (quantunque le mie notizie sono insufficienti su questo punto), era dolorosa e scarsa. Ogni sforzo era invariabilmente seguito da grande prostrazione. Vi era emaciazione avanzata, insonnio e molta depressione morale. L'utero toccandolo, si sentiva molle, mancando del tutto quella resistenza che l'utero sano fa notare, era accentuatamente antiflesso. La cura adottata fu, in primo luogo, un'esatta amministrazione di minestra, di brodi ristretti e di piccole quantità di carne ad intervalli molto brevi; in secondo luogo, posizione permanentemente supina, e, in terzo luogo, riposizione dell'utero al suo posto, per mezzo della sonda e dell'applicazione continua di un pessario a sella piuttosto piccolo. Dopo un mese andò in campagna; dopo cinque altri mesi era molto migliorata. Continuò a portare il pessario ed a perseverare nella cura del « riposo » nonchè della buona alimentazione. Sin dal principio fu ordinato il fosfato di ferro. Questa inferma poteva riprendere le sue occupazioni quando, dopo alcuni mesi, ne ebbi notizia, e continuò sempre a migliorare fino a che guarì completamente, almeno a giudicare da tutte le apparenze. In questo caso, l'elemento iniziale fu, a parer mio, l'imperfetta nutrizione, per essa i tessuti dell'utero si rammollirono, divennero pieghevoli ed atonici. L'altro elemento importante fu l'abuso del lavoro, per cui l'utero fu spinto in giù e se ne alterò la forma. L'antiflessione continuò sempre ad accentuarsi; la nausea impedì l'introduzione di un'adequata quantità di cibo, e così si aggiunse un terzo e più importante elemento, cioè l'esaurimento cronico.

Caso II. — L'inferma, una signora di 19 anni, era stata per due anni molto ammalata quando io la vidi per la prima volta. Il sintoma principale era una grande disposizione a vomitare che aumentava molto quando si abbassava. Quattro anni prima aveva avuto un attacco di febbre, e dopo di allora non era stata mai bene. È debolissima, qualunque sforzo la stanca. Una volta poteva fare tre miglia al giorno agevolmente. La nausea si manifestò in un modo piuttosto brusco, ed ora si manifesta due o tre volte la settimana, durando un'intera giornata, e ad un grado avanzatissimo — particolarità singolare in questo caso — nell'andare a letto la sera. Ha un buon appetito. L'utero è molto sensibile al tatto e più molle dell'utero normale; il corpo di quest'organo è ingrossato; sembra che non vi sii antiversione. La consecutiva osservazione del caso mostrò che l'utero era mobile ad un grado molto anormale e che l'organo era completamente soggetto all'azione della gravità, giacchè il corpo dell'utero si spostava in avanti o in dietro, anormalmente, secondo la posizione in cui giaceva l'inferma. In questo caso, fu difficilissima la cura, giacchè, mentre era evidente che, col riposo assoluto dell'organo, miglioravano i sintomi, era difficilissimo mantenere questo in riposo, per la grande cedevolezza ed ampiezza del canale vaginale. L'utero era tanto irritabile da non permettere la presenza di un pessario ad asta. Dopo un certo tempo, s'interruppe la cura, essendo necessaria la dimora in campagna, per godere dei beneficii di un cambiamento d'aria, e non ebbi altre notizie dell'inferma. Essa fu curata nella *All Saints Institutions*, ed il Dr. John

Williams la vide anche parecchie volte. In quest'inferma, il primo elemento fu l'attacco di febbre, e l'utero, perciò, s'indebolì insieme a tutto l'organismo.

Caso III. — Trattasi di un'americana, di circa 20 anni, la quale, per usare le sue parole, era stata male per tutta la sua vita. Per alcuni anni, il suo stato di salute non le aveva permesso di andare in società o di far visite o di camminare per più di pochi metri senza grave disturbo. Sembra che la malattia si fosse manifestata la prima volta ballando mentre aveva la mestruazione. Questa, ora, è molto irregolare, mancando talvolta per tre mesi. È molto frequente la nausea; ha una leucorrea molto molesta. Da poco tempo la mestruazione è dolorosa. Vi è un alto grado di « nervosismo » che è aumentato in questi ultimi tempi. Ha un dolore costante ai lombi e, spesso, agli inguini. L'utero è congesto, rammollito, antiverso e tanto disceso nella pelvi che il fondo dell' organo si sente attraverso la volta vaginale, quasi immediatamente dopo introdotto il dito. La sonda non entra con facilità. La cura consistette nel riposo, nell'uso della sonda per mezzo della quale l'utero fu gradatamente elevato, e nell' applicazione costante di un pessario a sella. Dopo due mesi di cura, l'inferma fu congedata e, alla fine di sei mesi, stava tanto meglio che si riteneva guarita. L'uso del pessario fu continuato per circa otto mesi; la locomozione era facile è naturale. In questo caso, lo sforzo del ballare, nel periodo mestruale, dette origine all' antiversione ed alla discesa dell' utero. I sintomi furono prodotti da questa non naturale posizione dell' organo, e la congestione, che fu anche un elemento molto importante in questo caso, sembrò sostenuta da questa posizione anormale. Non si fece altro che rimettere l' utero in sito e mantenervelo. Con questi mezzi cessarono i sintomi che, per tanto tempo, erano stati pertinaci ed incurabili, e si ripristinò la naturale attività del corpo.

Caso IV. — L' inferma era nubile, di 23 anni. La malattia, come a me si presenta, dura da sei mesi. La mestruazione fu irregolare fin dalla prima volta passando, in certi periodi, un' intervallo di sei mesi. In questi ultimi tempi, le mestruazioni sono state regolari, ma, da quattro anni dietro, quando l' inferma si fece male per fare un salto le mestruazioni sono irregolari; ora, non può stare in piedi, e può camminare soltanto pochi minuti senza soffrire. Prima menava una vita attiva. Ha un dolore costante alla schiena. Ho trovato l' utero molle, congesto ed antiflesso; l' introduzione della sonda è dolorosa. La cura, a principio, consistette nel riposo in posizione dorsale e nell'uso della sonda di quando in quando. In ultimo si applicò un pessario a sella e l' inferma andò in campagna. Ricuperò ivi la sua salute e ritornò gradatamente la facoltà di camminare. In questa inferma lo stato generale non era molto alterato. Trattavasi di un accentuato spostamento repentino dell' utero, divenuto cronico; lo stato morboso si era in ultimo aggravato e si era perduta la facoltà della locomozione.

Caso V. — In questo caso, l' inferma, che, precedentemente, poteva camminare fino due ore per volta, era nubile di 27 anni. In origine, i catameni erano molto irregolari, il camminare produce molta molestia e dolore e ne segue sempre una sensazione di abbattimento. Vi è spesso nausea la mattina nell'alzarsi. È evidente che la principale malattia è cominciata tre anni dietro, quando l' inferma fece uno sforzo per tirare un turacciolo da una bottiglia. Allora incominciò un gran dolore che continuò nel fianco per alcune settimane consecutive. Vi è leucorrea, che si manifesta, di quando in quando in forma di zampilli di liquido, che vengono, evidentemente, dalla

cavità dell'utero. Questo è allungato di mezzo pollice, ed antiverso, ma la sonda vi penetra con facilità e la riduzione è agevole. L'organo è molle e pieghevole, lo stato generale è cattivo, vi è grande debolezza. Fu ordinata una cura ricostituente, s'ingiunse il riposo e si sostenne l'utero anteriormente col pessario a sella. Per raggiunger bene quest'ultimo scopo, s'incontrò grande difficoltà, a causa della lunghezza anormale dell'utero. Per qualche tempo, si ottenne un certo grado di miglioramento, dietro questa cura, finchè potetti attuarla, e vedeva l'inferma ad intervalli di pochi mesi. Lo stato generale del corpo era stato scosso, non avendo potuto resistere alla malattia, e l'inferma non si era ancora ricostituita dall'estrema debolezza a cui si era ridotta. Questo caso è importantissimo, perchè è un esempio della forma grave che talvolta può assumere l'alterazione uterina. Lo stato generale si era tanto alterato da non avere quasi più forza di ricostituirsi, mentre, al tempo stesso, le speciali difficoltà meccaniche del caso erano di ostacolo alla efficacia della cura. (Il risultato finale fu che l'inferma riacquistò la facoltà della locomozione ed un perfetto stato di salute generale).

Ci occuperemo della cura quando parleremo di quella della congestione dell'utero.

CAPITOLO VII.

CONGESTIONE DELL'UTERO ED IPERTROFIA CONGESTIVA.

PARTICOLARITÀ DELLA CIRCOLAZIONE DELL'UTERO. — Azione della compressione nel centro dell'utero, nel produrre congestione nelle due sue estremità — Congestione generale: cause — Varietà acuta e cronica — Rapporto della forma acuta « coll'utero irritabile » di Gooch — Azione delle flessioni nel produrre congestione acuta — Congestione cronica: cause ed effetti — Aumento della grandezza dell'utero — Concomitanza della congestione cronica e delle flessioni.

La congestione dell'utero implica una pienezza ed una distensione dei vasi sanguigni dell'organo, che possono essere ad un grado tenue od avanzato. La congestione può essere parziale, essendo, in alcune parti dell'organo più rilevante che in altre, o abbraccia tutto l'utero. Può essere temporanea e transitoria, o continua e persistente.

La congestione dell'utero può essere semplice o complicata. Quando ha assunto una forma cronica, è quasi sempre complicata, giacchè i tessuti dell'utero si alterano anche in altri modi.

Nel trattare questo importante argomento, è necessario fermarci sulle particolarità della circolazione uterina, avendo esse una relazione diretta colla natura e l'etiologia della congestione dell'utero.

I vasi uterini penetrano, per la maggior parte, dai lati dell'organo. Le *arterie* provengono dall'arteria uterina che decorre da sotto in sopra lungo i lati dell'utero, spiccando numerosissimi rami che entrano in quest'organo, e la maggior parte vicino alla bocca interna dell'utero. Questi rami dell'arteria uterina sono quelli che forniscono all'utero la maggior parte del suo sangue arterioso, ma non tutto, poichè vi ha una libera inosculazione nel punto di congiunzione della tromba di Falloppio e del fondo dell'utero, fra l'estremità dell'arteria uterina e quel ramo dell'arteria spermatica che irriga la tromba di Falloppio. Se non vi fosse questa inosculazione, che, pertanto, si fa per mezzo di un vaso di piccolo calibro, l'interruzione della circolazione delle arterie uterine priverebbe di sangue il corpo del-

l'utero [1]. Le vene escono dai lati dell'utero formando grossi plessi intorno all'organo. Risulta da queste considerazioni che la compressione dell'utero vicino al suo centro, come, ad esempio, sarebbe prodotta applicando una ligatura in questo sito, arresterebbe, secondo il grado di compressione della ligatura, la circolazione della parte dell'utero che sta vicino al centro, cioè nel corpo di esso. È evidente, inoltre che, se la legatura giungesse a comprimere anche i vasi che stanno un po'in sopra ed in sotto della parte centrale dell'organo, ne seguirebbe un'interruzione della circolazione, tanto nel corpo quanto nel collo dell'utero. Questo, quando è piegato su sè stesso ed è in uno stato di flessione, è soggetto ad una forma di compressione che agisce, più o meno esattamente, come potrebbe agire una compressione artificiale. È vero che i vasi sono all'esterno dell'utero, e possiamo ammettere che la flessione dell'utero può lasciare i principali tronchi ancora aperti, ma nel momento in cui penetrano nei tessuti dell'organo cadono inevitabilmente sotto l'azione della compressione. Da ciò risulta un disturbo nella circolazione del corpo dell'utero — disturbo che non può essere distrutto dal piccolo ramo anastomotico che riunisce le arterie spermatica ed uterina.



Fig. 18.

Il Dr. Meadows (Harveian Lectures 1881) sembra che sia giunto ad una conclusione diversa dalla sopradetta. Le precedenti osservazioni, scritte dieci anni dietro, secondo me, rappresentano ancora la verità. L'osservazione clinica mi ha molte volte convinto della loro esattezza. Le vene che vanno dal fondo dell'utero al bulbo della ovaja sembra siano assolutamente insufficienti a far cessare la congestione del corpo dell'utero prodotta da ostacolo alla circolazione nel centro dell'organo. Infatti, se gli sbocchi verso le ovaje fossero sufficienti, la congestione del corpo dell'utero non avverrebbe. La presenza di questa dimostra che gli sbocchi ovarici sono insufficienti a vuotare le vene del corpo uterino.

La figura 18, presa dal Dr. A. Farre, rappresenta una sezione dell'utero e mostra la spessezza delle pareti uterine.

---

[1] Le arterie dell'utero sono ben rappresentate nella Tav. 5ª dell'opera del Dr. Savage, 2ª edizione.

La figura 19, anche del Dr. Farre, mostra una sezione *trasversale* dell' utero nel sito della bocca interna, e la sezione dei vasi uterini che stanno ai lati dell'utero.

Guardando queste due figure, è facile comprendere ciò che avviene quando l'utero si flette bruscamente. La figura 20 presenta lo stato dell'organo nell'antiflessione, e gli effetti della compressione dei tessuti uterini nel lato concavo della piegatura. Le pareti dell'utero sono anche disegnate più grosse, è la parte più scura del disegno indica la congestione che avviene in tutta la parte superiore dell'utero per la compressione dei vasi, ed anche nella bocca e nel collo, inferiormente al sito in cui ha luogo la compressione.



Fig. 19.

Descriveremo prima la *congestione generale dell'utero.*

In questo caso, l'utero è esageratamente pieno di sangue e, perciò, diviene più grosso e più pesante. Sembra certo che vi è uno stato, il quale si può chiamare congestione generale normale, nell'epoca della mestruazione, e che, come Rouget per il primo ha detto, il suo effetto è una semi-erezione di tutto l' organo nello stesso periodo. Sarebbe bene usare il nome di « congestione mestruale » per indicare questo stato, il quale non significa altro se non che, nell'epoca della mestruazione, vi è un certo grado di congestione e pienezza dei vasi uterini. Nello stato di sanità, questo grado di congestione probabilmente è leggero, ma, in quello di malattia, può facilmente estendersi, per così dire, sia per grado sia per durata.

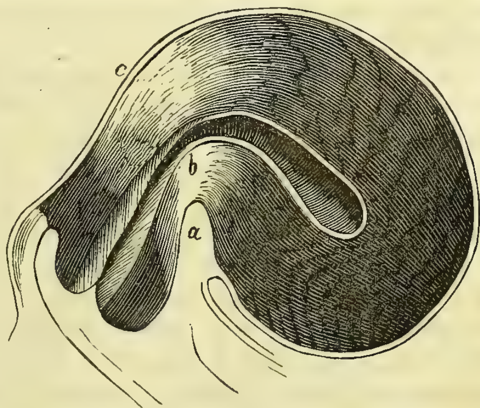


Fig. 20.

La congestione generale dell'utero può dipendere da un rallentamento generale della circolazione, massime da quello che produce ostacolo nei visceri addominali. Una delle più comuni varietà è quella che si osserva nelle donne europee che vivono nelle Indie. Le malattie generali di qualunque specie, che possono abbassare la forza dell'azione del cuore, possono produrre una congestione generale del-

l'utero; uno stato di pienezza degl'intestini, la pressione meccanica prodotta da tumori addominali, l'abuso dei piaceri sessuali, sono fra le più importanti cause determinanti.

La congestione generale dell'utero può essere *acuta* o *cronica*. La forma acuta è rara, ammenochè non sia associata ad una reale alterazione dell'organo, come, ad esempio, nei casi di retroflessione acuta; ma vi è una classe di casi, nei quali, probabilmente, ha luogo quella che si può chiamare congestione acuta generale, cioè quei casi nei quali l'inferma, mentre è mestruante, o poco prima della mestruazione o poco dopo, ha un violento brivido nell'immergersi in un bagno freddo, nel fare un bagno di mare, nello stare sovra un pavimento umido, ecc., e la conseguenza è una grave e generale congestione di tutto l'utero. È vero però che, in alcuni di questi casi di brivido repentino o di commozione (shock), il male prodotto può non essere sempre precisamente quello sopradetto. La congestione acuta e generale dell'utero sorta in tal modo, è una cosa molto grave, e, quantunque, forse, non produce sempre ed immediatamente gravi risultati, può lasciarsi dietro una malattia permamente e molesta. Sembra che questi attacchi acuti non siano frequenti se non nei periodi mestruali o in epoche vicine a questi.

La più importante classe di casi di congestione acuta dell'utero è quella in cui l'organo è distorto e ne è alterata la forma, e, in queste condizioni, si manifesta una congestione acuta che, secondo le circostanze, in alcune parti dell'utero è maggiore che in altre. Si osserva insieme alla retroflessione dell'utero, di forma gravissima, ma, talvolta, alla congestione molto acuta è congiunta l'antiflessione.

La classe di casi a cui ora abbiamo alluso è quella che una volta il Dr. Gooch descrisse sotto il nome di « utero irritabile ». Sono ora alcuni anni da che io pubblicai un lavoro su questo argomento, il cui obbietto fu d'indicare quella che io riteneva essere la vera patologia di questi casi; vi ritorneremo nel capitolo sulle *Flessioni*. Qui può bastare il dire che le flessioni acute possono essere accompagnate da congestione molto acuta dell'utero. L'organo si gonfia, si fa duro, sensibilissimo al tatto, tanto che l'inferma rifugge dal pensare anche a subire una esplorazione. Il corpo dell'utero, che si può sentire col dito o innanzi o dietro al collo, secondo la specie di flessione di cui si tratta, è sensibile ad un grado molto avanzato. La bocca ed il collo dell'utero partecipano più o meno alla congestione e sono gonfii ed ingranditi. In tali circostanze, tutto l'utero, naturalmente, è in uno stato di fortissima irritazione, la quale perdura finchè vi è congestione. Questa può protrarsi molto, se non vi si porta rimedio, ma si può rapidamente dileguare con una cura giudiziosa. I fenomeni che allora si osservano sono la più evidente con-

ferma della potenza delle flessioni nel produrre congestione dell'utero e nel mantenerla. Il contrasto presentato dalla completa mancanza di successo di una volta, nel curare questi casi, e dalla rapida riuscita della cura di oggi è la prova migliore che si potesse dare della esattezza della patologia. Il grado di congestione acuta dell'utero sembra che sia proporzionato a quello della flessione che esso subisce. Quì dobbiamo fare un'applicazione delle nostre conoscenze sulle particolarità della circolazione uterina di cui abbiamo parlato a pagi-

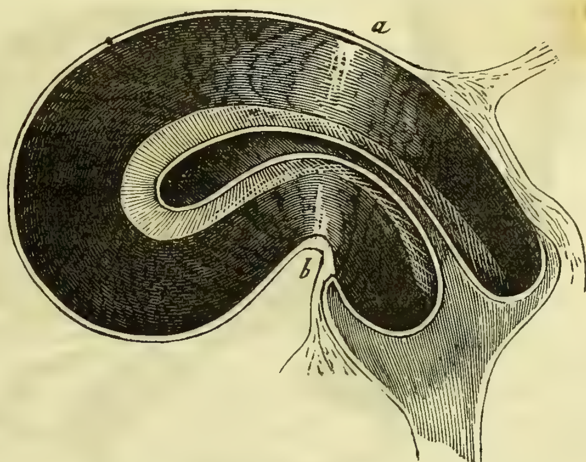


Fig. 21. [1]

na 70. L'avanzato gonfiore del corpo dell'utero, prodotto dalla compressione consecutiva alla flessione, talvolta è così grave da giustificare il nome di « strozzamento dell'utero » sotto cui richiamai l'attenzione alcuni anni dietro [2]. È analogo perfettamente alla congestione della mano e dell'avambraccio, prodotta quando si stringe il nastro attorno al braccio per eseguire la flebotomia. Il sangue è trattenuto nei vasi, massime nei capillari e nelle vene, e così producesi la congestione. È un fatto che, facendo cessare la compressione, raddrizzando più o meno rapidamente l'utero, la congestione cessa in un modo sorprendentemente rapido e soddisfacente. L'essere le flessioni capaci di produrre così una forte congestione dell'utero è un fatto essenziale riguardo alla loro importanza: Klob ne fè cenno, e Thomas, nella edizione del 1873, ne parla di proposito. Esso ha una grande applicazione nella pratica ginecologica. Proba-

---

[1] La figura 21 rappresenta la congestione acuta « traumatica » in un caso di retroflessione.

[2] Riunione della *Brit. Med. Assoc.* a Newcastel-on-Tyne.

bilmente, il miglior nome per indicare la congestione uterina prodotta in tal modo è quello di « congestione traumatica ». Il Dr. John Williams [1], in un importante lavoro sul *Rapporto fra la Congestione e la flessione dell'utero*, dice che, quando l'organo è retroflesso, il suo fondo può essere preso in mezzo e stretto dai legamenti utero-sacrali, e che, in tali casi, vi sarebbe un'altra causa meccanica di congestione.

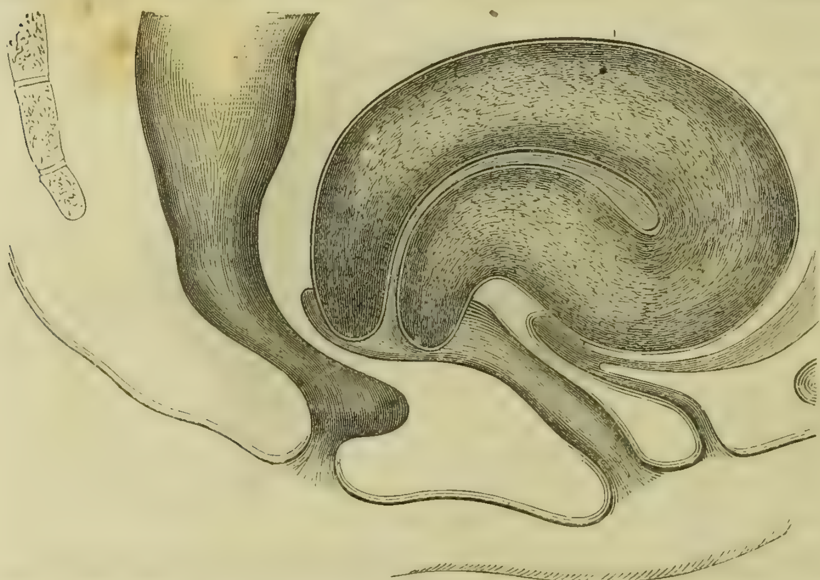


Fig. 22. [2]

La congestione acuta dell'utero può produrre un aumento di volume enorme di quest'organo. Io, in alcuni casi di flessione, ho trovato l'utero grande quasi quanto un pugno, e può raggiungere questo volume in uno spazio di tempo relativamente breve. Recentemente ho osservato il caso di cui quì riferisco la storia : —

La signorina....., di 19, anni, è stata sempre debole e delicata. Da poco tempo non ha potuto più camminare e, durante le ultime settimane, ha avuto forti dolori alla regione ipogastrica, con difficoltà e frequenza d'urinare. Esaminandola, si trovò un tumore chiaramente grosso, levigato e duro, che occupava la pelvi e spingeva la volta della vagina innanzi all'utero di

---

[1] *Obstet. Trans.* vol. XVI. p. 203.
[2] La figura 22 mostra la congestione e l' ingrossamento con antiversione dell'utero, in un'inferma di 18 anni che aveva forte vomito da quasi un anno.

cui sembrava che fosse una parte. La grandezza di questo era tale che io credetti si trattasse in realtà di un tumore. Era necessario fare un esame più completo sotto l'anestesia. Frattanto, si ordinò all'inferma di stare coricata ed in perfetta quiete. Dopo una settimana, fu fatto il suddetto esame e si trovò che il supposto tumore era quasi scomparso; non vi era che un moderato ingrossamento dell'utero con antiflessione. Il riposo e la posizione supina avevano prodotto questo effetto. Chiunque, in questo caso, avesse fatto la prima osservazione non avrebbe mai creduto che, in pochi giorni, si sarebbe prodotto questo cangiamento nel volume dell'organo.

Ora dobbiamo occuparci della *Congestione cronica* dell' utero.

Nel suo primo periodo, la congestione cronica non è che poco

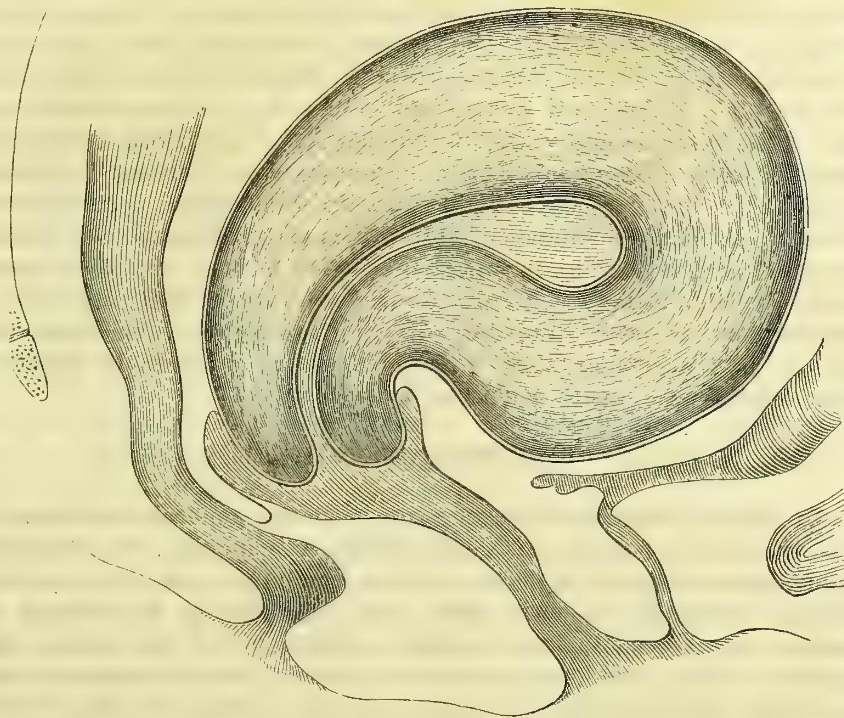


Fig. 23. [1]

più di un leggero ingorgo dei vasi uterini, con aumento di peso dell'organo. A principio, non vi è altro, oltre l'ingrossamento e la pienezza di questi vasi, e manca qualsiasi cangiamento speciale dei tessuti dell'utero.

[1] La figura 23 mostra la ipertrofia congestiva cronica con antiflessione dell'utero, che dura da molti anni.

Quando è in grado leggero, la congestione generale dell'utero può produrre un certo grado di mollezza dei suoi tessuti, i suoi elementi divengono più grossi e più cedevoli del solito. In altri casi, d'altronde, l'utero diviene più resistente del normale. Questa differenza si può spiegare se si bada allo stato dell'organo prima che si manifesti la congestione. Così, nei casi d'insolita mollezza dipendente da cattiva nutrizione dell'utero (veggasi il capitolo precedente), non vi è nulla di più comune che il trovare, insieme alla già esistente mollezza, uno stato di congestione. Da ciò move che i tessuti uterini sono ingrossati, flosci e senza resistenza. Ma, quando si tratta di un utero che, precedentemente, era in istato normale, il sopravvenire della congestione produrra un effetto diverso: i tessuti dell'organo, per la continuata congestione, divengono allora più duri e più resistenti di prima. Nella pratica certamente si osservano questi due tipi di casi. Un altro stato precedente o concomitante, di cui si può aver tenuto conto, è l' imperfetta involuzione dell'utero, dopo il parto o dopo un aborto. In questo caso, l'organo è grosso e pesante e vi è una congestione generale permanente, perchè i vasi sono grossi ed i costituenti solidi dell'utero presentano una massa anormale. L'involuzione imperfetta dell'utero è, così, una delle cause della sua congestione generale cronica, e vi sono buone ragioni per credere che il modo lento con cui ha luogo questa involuzione dipenda dalla insufficienza dei processi nutritivi generali del corpo e, specialmente, di quelli dell'utero.

IPERTROFIA CONGESTIVA.

Un effetto comune della congestione cronica generale dell'utero è un *aumento dei suoi costituenti solidi.* A principio, vi è semplicemente un'anormale pienezza dei vasi sanguigni, ma, dopo qualche tempo, aumentano le parti solide, nel senso che se ne sviluppa la massa. Da ciò risulta che l'organo, nell'insieme, è più grande, più pesante ed ha maggiore spessezza di prima. I tessuti dell'utero sono costituiti da fibre muscolari lisce e da fibro-cellule, fra cui trovasi tessuto connettivo, Questi elementi, insieme ai vasi, ai nervi ed ai linfatici, formano l'utero. Nella congestione cronica generale, la quantità del tessuto connettivo. dopo un certo tempo, aumenta positivamente. La cresciuta massa dell'organo, secondo tutte le probabilità, dipende anche dall' ulteriore sviluppo dell'elemento muscolare, ma è sempre il tessuto connettivo quello che subisce le maggiori modificazioni, e l'utero, coll'andar del tempo, diviene più duro del solito, sicchè, dopo manifestatasi la congestione, vi sono contemporaneamente durezza e grandezza maggiori. Quando se ne fa una sezione, si trova che i tessuti sono molto duri e resistono al coltello. Questo

stato dell'organo si è descritto col nome di « infiammazione cronica », di « metrite cronica », ecc. Il prof. Thomas, di New-York, lo chiama « iperplasia areolare ». Klob lo chiama « iperemia permanente ». Il nome che a me sembra più esatto è quello di « ipertrofia congestiva ».

L'aumento di massa e di durezza, consecutivo alla ipertrofia congestiva, è un altro periodo della congestione generale dell'utero.

L'ipertrofia congestiva cronica dell'utero è un'affezione molto comune che, pertanto, non va molto spesso scompagnata dall'alterazione di forma dell'organo. Può essere *parziale*, presentandosi più accentuata in una parte dell'utero che in un'altra. Una varietà comune è l'utero distorto per una flessione di lunga durata; il fondo è in uno stato d'ipertrofia congestiva, i margini della bocca uterina sono gonfi ed anche ipertrofici e congesti, ma, ordinariamente, un margine è molto più gonfio dell'altro. Un utero di tal genere può, in qualsiasi tempo, subire *un'altra* congestione; infatti, i ripetuti attacchi di questa non mancano e, quando hanno luogo, cresce gradatamente il volume dell'organo, il quale si gonfia nella direzione della minore resistenza ed assume la sua forma relativamente a questa direzione e diviene letteralmente duro. Questo è un tipo comune.

Non è frequente un'ipertrofia congestiva generale, reale, dell'utero senza cangiamento della sua forma normale; ma, talvolta, si osserva in seguito ad imperfetta involuzione dell'utero.

L'ipertrofia congestiva cronica non si distingue facilmente dalla involuzione imperfetta dopo il parto. Col microscopio, però, vi è una certa differenza, giacchè, in quest'ultima, predomina l'elemento muscolare e, nella prima, il connettivale.

L'ipertrofia dell'utero, come già si è detto, è molto frequente quando vi è flessione o distorsione dello stesso, ed alcuni scrittori (per esempio, il Dr. Thomas, di New-York) ritengono che l'ipertrofia sia la causa dello spostamento. Senza dubbio, questa spiegazione si applica a quella varietà d'ipertrofia che risulta dalla inperfetta involuzione dopo il parto, ma forse non è sempre così negli altri casi.

Il volume che l'utero raggiunge quando vi è ipertrofia congestiva cronica talvolta è molto considerevole. Io ho visto antiflessioni in cui l'utero era così ampio da un lato all'altro da riempire quasi la metà anteriore della pelvi, poichè aveva la grandezza di una grossa palla ed anche più. La figura 23 mostra l'utero in istato d'ipertrofia generale di lunga durata ed antiflesso. L'ipertrofia, non raramente, si osserva congiunta alla retroflessione.

L'ipertrofia cronica sovente attacca i margini del collo uterino, e la bocca dell'utero, allora, è circondata da tessuti che, talvolta, hanno una spessezza enorme. Questa ipertrofia della porzione vaginale del collo può associarsi a flessione uterina o può essere la con-

seguenza di una precedente flessione. Può essere anche prodotta da lacerazione del collo. Mi sembra molto probabile che parecchi di quei casi, in cui la bocca dell'utero presenta margini rotondi e sporgenti, di notevole volume, abbiano la loro origine da questa lacerazione. A ogni modo, è certo che questa ipertrofia con forma rotondeggiante delle labbra della bocca uterina si osserva quando il collo è lacerato. L'ipertrofia congestiva, allora, sembra che dipenda da un ostacolo alla circolazione dei tessuti, prodotta dalla lacerazione, giacchè l'ho vista sparire rapidamente quando si è portato un rimedio a questa lacerazione e si è ristabilita la circolazione normale.

CAPITOLO VIII.

SUB-INVOLUZIONE DELL'UTERO. ATROFIA ED IPERTROFIA DELL' UTERO.

SUB-INVOLUZIONE DELL'UTERO. — Natura e cura.
ATROFIA DELL'UTERO; come conseguenza d' involuzione sessuale – Atrofia senile prematura o « super-involuzione » dell'utero – Atrofia meccanica.
IPERTROFIA DELL' UTERO — Conseguenza frequente d' imperfetta involuzione dopo il parto — Ipertrofia con allungamento del collo.

SUB-INVOLUZIONE DELL'UTERO. — NATURA E CURA.

Lo stato dell'utero, descritto col nome di sub-involuzione, è stato già da noi ricordato per incidente, ma bisogna occuparcene separatamente, tanto più che è un fattore di grande importanza in molti casi di malattie uterine.

La sub-involuzione dell'utero si può osservare dopo un parto a termine o dopo un aborto. L'utero non ritorna al suo volume ma rimane più grande, cioè il processo di diminuzione della massa, che è fisiologico in tali circostanze, è ritardato. Per esempio, si può trovare l'utero, alla fine di un mese dopo il parto, grande quanto è alla fine di una settimana dopo lo sgravo. La persistenza di questo stato dell'utero in tali circostanze indica o che la degenerazione grassa delle grosse fibre muscolari uterine ed il consecutivo assorbimento sono differiti, o che vi è un ritardo nella degenerazione e *concomitante* congestione dell'utero. Quando sono decorse poche settimane e la massa dell'utero è ancora considerevole, è probabile che si tratti di una sospensione della metamorfosi grassa e di forte congestione più che di sola sospensione della metamorfosi grassa.

A principio, l'utero, in istato di sub-involuzione, può presentarsi molle e spongioso al tatto, ma più tardi non è così, e vi è piuttosto durezza che mollezza. Dopo un certo tempo, infatti, l'organo passa in uno stato d'ipertrofia congestiva o, come direbbe il Dr. Thomas, « d'ipertrofia muscolare. »

Lo stato microscopico dell'utero varierà secondo il tempo trascorso dal parto o dall'aborto, giacchè, se si esamina presto, si troveranno

in eccesso le fibre muscolari, mentre, più tardi, si troverà una sovrabbondanza di tessuto connettivo.

Gli spostamenti, massime le flessioni dell'utero, sono cause di sub-involuzione di questo. Io ho visto un caso di spostamento acuto dell'utero in dietro, avvenuto molto presto dopo il parto, in cui il fondo dell'organo ha dovuto conservare il suo volume anormale in questa posizione retroversa per molti giorni dopo avvenuto lo spostamento. La sub-involuzione, in questo caso, era dunque prodotta dallo spostamento, probabilmente per l'arrestata circolazione nell'utero. Io ho visto parecchi altri casi di natura pressochè simile al sopradetto. Non è pertanto necessario che l'utero sia spostato acciocchè possa aver luogo la sub-involuzione, giacchè si osservano casi in cui non vi è stato nessuno spostamento. Fra le altre cause della sub-involuzione dell'utero, sono probabilmente le più comuni la *cattiva nutrizione* e la *debolezza*. La debolezza può durare da molto tempo o può essere la conseguenza di un'eccessiva perdita di sangue nell'epoca del parto o dell'aborto. La debolezza dell'inferma è la causa di mancanza di vigore nell'utero le cui contrazioni non avengono colla debita energia, da ciò la lentezza del processo d'involuzione.

La sub-involuzione subito passa in uno stato d'ipertrofia cronica congestiva; la forma dell'utero, la spessezza delle sue pareti possono rimanere inalterate, ma divengono più dure e più resistenti. In alcuni casi, però, questo passaggio ad uno stato di durezza non ha luogo, poichè l'utero rimane anormalmente molle, spongioso e flaccido, per uno spazio considerevole di tempo. I casi in cui si osserva quest'ultima condizione sono quelli in cui l'indice del potere nutritivo è molto basso; la riparazione è lenta, onde risulta una congestione passiva.

La sub-involuzione si osserva, talvolta, insieme alle condizioni infiammative delle parti che circondano l'utero; così, nella cellulite pelvica, consecutiva al parto o all'aborto, l'utero resta grosso e pesante, e, quantunque, in certi casi, la sua massa può in parte dipendere da effusione di linfa nei suoi tessuti, pure, per la maggior parte, trattasi ad evidenza semplicemente di sub-involuzione. Propagandosi l'alterazione alle vicinanze immediate dell'utero, la compressione ed il turgore dei linfatici ecc., arrestano il processo d'involuzione in questi casi d'infiammazione del connettivo periuterino.

Cura. — Vi sono due indicazioni principali: 1°, di allontanare qualsiasi ostacolo che può esservi alla facile e libera circolazione uterina; 2°, di affrettare e rinvigorire il processo nutritivo del corpo in generale. Si debbono anche prendere altre misure sussidiarie.

1. Se vi è uno spostamento, deve essere corretto. Se le intestina sono in uno stato d'imbarazzo cronico, fa d'uopo amministrare ogni

giorno aperienti blandi o fare clisteri. Può essere necessaria la posizione orizzontale.

2. I cibi debbono essere abbondanti e molto nutritivi. In breve, è necessaria una ricca alimentazione, e, quando l'appetito è scarso, bisogna prendere il cibo spesso ed in piccole quantità per ogni volta.

3. *Misure sussidiarie.* — Injezioni o doccia di acqua calda, una o due volte al giorno. Spesso giova molto l'ergotina, sia sola, in piccole dosi, una o due volte al giorno, sia insieme al ferro. Le abluzioni fatte colla spugna imbevuta di acqua calda, i bagni caldi di acqua marina, le frizioni della pelle, l'aria rinnovata e simili misure igieniche generali, secondo le indicazioni che i singoli casi presentano, sono tutte cose da non dimenticare. Se si osserva l'inferma alcune settimane dopo il parto o l'aborto, la cura generale necessaria è la stessa di quella richiesta dalla congestione cronica dell'utero. Il bromuro ed il joduro sono eccellenti medicine negli ultimi periodi dell'affezione. In molti casi, sono utilissimi la chinina e il ferro. È probabile che talvolta, giovi l'elettricità.

ATROFIA DELL' UTERO.

L'atrofia dell'utero, nel vero senso della parola, significa non un'imperfezione congenita quanto a volume, ma una piccolezza *acquisita.*

L'atrofia dell'utero ha luogo nel periodo dell'involuzione sessuale; l'organo, allora, cessa di esercitare la sua ordinaria funzione, poichè la mestruazione e la capacità a concepire volgono al loro termine. In queste circostanze, le pareti uterine divengono sottili e tutto l'organo si fa più piccolo di prima. A questi cangiamenti tien dietro un altro fatto: l'utero è meno vascolare e meno sensibile. L'organo ha cessato di fare il suo ufficio, ed il suo stato, funzionalmente, è molto simile a quello in cui era prima di giungere alla pubertà. I processi morbosi che passionano i tessuti uterini non di raro sono arrestati da quella che può chiamarsi la sua atrofia naturale. Ma sembra che l'utero possa subire questo cangiamento senile in un'età molto insolita e precoce, costituendo così uno stato che Chiari [1] descrive col nome di « atrofia prematura senile ». Sir J. Y. Simpson [2] l'attribuisce alla « superinvoluzione » dopo il parto. Questa teoria è discutibile.

Si potrebbe credere che l' atrofia prematura dell' utero si trovi nelle donne che hanno cessato presto di mestruare, ma la sua con-

---

[1] *Klinik der Geburtsk.* 1855, p. 371.
[2] « Clinical Lecture on Amenorrhoea ». *Med. Times and Gaz.* 1861.

comitanza con una attività ovarica ancora persistente è, come s'intende, rarissima.

L'utero, in questo stato di atrofia, generalmente è piccolo, il collo partecipa all'alterazione, la porzione vaginale diviene più corta e la bocca dell'utero più ristretta. I tessuti dell'organo si fanno alquanto più duri.



Fig. 24. [1]

Un'atrofia dell'utero di altra specie può essere prodotta dall'azione delle influenze esterne. Così, quando l'organo è compresso da tumori delle vicinanze, le pareti si assottigliano molto. In alcuni casi di tumore ovarico e di fibroma, ho trovato l'utero piccolissimo.

L'atrofia locale ha luogo nei casi di flessione dell'utero, poichè la spessezza delle pareti molte volte diminuisce immensamente nel sito in cui ha sede la flessione (veggansi i capitoli sulle *Flessioni*).

Un'altra specie di atrofia è quella che si accompagna ad estrema dilatazione della cavità uterina, come di quando in quando avviene allorchè l'organo è disteso da liquidi o da gas. In tali casi, le pareti dell'utero possono essere sottilissime. Questa forma di atrofia è stata descritta col nome di « atrofia eccentrica » dell'utero.

---

[1] La figura 24 rappresenta un'ipertrofia generale dell'utero e del suo collo in una donna con menorragia. In questo caso fu eseguita l'amputazione della porzione vaginale del collo.

IPERTROFIA DELL' UTERO.

L'ipertrofia congestiva è stata già descritta (veggasi pagina 69), vi può essere, però, ipertrofia senza congestione.

Come altri organi del corpo, l'utero è soggetto a variazioni di volume. Queste variazioni, pertanto, nelle donne sane, sono limitate. Durante il periodo mestruale, l'utero s'ingrossa, ma questo ingrossamento, normalmente, è soltanto temporaneo ed un generale e persistente aumento della sua massa non si osserva che in circostanze anormali. Il notevolissimo ingrossamento a cui giunge l'utero nel periodo della gestazione, come è naturale, costituisce un'eccezione alla suddetta regola.

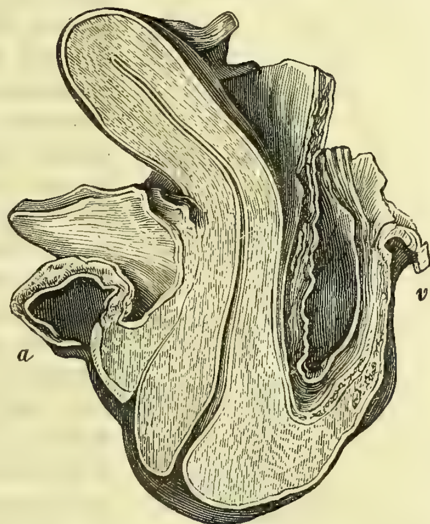


Fig. 25. [1]

La forma più semplice d'ipertrofia è quella che si nota nei casi in cui l'utero è ed è stato sotto l'influenza della gravidanza o di uno o più tumori delle sue pareti. Altrove, pagina 76, abbiamo discorso di ciò più diffusamente, a proposito della congestione cronica dell' utero, colla quale, ordinariamente, è congiunta questa ipertrofia semplice. L' ingrossamento è allo stesso grado, nel corpo e nel collo dell'utero.

La più comune e la più accentuata forma d'ipertrofia si nota nelle donne che sono state gravide, già descritta (pagina 79) col nome di « sub-involuzione ». Quando questa « involuzione » non avviene regolarmente e subito, l'organo è soggetto ad ipertrofia di carattere *persistente*. Anche in questi casi, però, il grado d'ipertrofia osservata, se non vi è altra causa, non è avanzato. Nella ipertrofia dell'utero, dovuta semplicemente ad « imperfetta involuzione » dopo i parti, gli aborti, ecc., l'aumentata lunghezza dell'organo credo che non oltrepassi un pollice (è necessario notare che ciò non si applica a nessuna delle misure prese nelle prime due o tre settimane

---

[1] La figura 25 (da Farre) mostra un'ipertrofia longitudinale del collo accentuata. Altre figure si trovano nel capitolo sul *Prolasso*.

dopo il parto o l'aborto). Un aumento di lunghezza di un pollice, però, implica ordinariamente un considerevole aumento della massa generale dell'organo e produce varii inconvenienti che sono stati già particolarmente descritti. L'ipertrofia, dipendente da congestione cronica e da imperfetta involuzione, è evidentissima nella regione cervicale, giacchè questa si può facilmente vedere ed esaminare, ma di raro è circoscritta a questa porzione.



Fig. 26. [1]

L'ipertrofia dell'utero è sovratutto soggetta ad avvenire insieme allo sviluppo di tumori fibrosi delle pareti dell' organo. Un fibroma uterino, che sorge in mezzo alla spessezza della parete, non raramente è causa di grande ipetrofia dell'utero, giacchè questo può svilupparsi e crescere non solo intorno al tumore ma anche in ogni altra parte. In tali circostanze, la massa dell'utero può essere uguale a quella della testa di un bambino, ma la maggior parte di essa, allora, sarebbe costituita dal tumore. Nei casi di polipi fibrosi dell' utero, l'organo talvolta acquista un grandissimo volume, ma, in tali casi, le pareti uterine hanno minore spessezza. Un grado più leggero d' ipertrofia dell'utero si osserva quando sorgono tumori fibrosi dalla sua superficie esterna. Non è raro, d'altra parte, che vi siano enormi fibromi che partono dalla superficie esterna di un utero anche più piccolo del solito.

Talvolta si osserva l'ipertrofia parziale della porzione vaginale.

Ipertrofia con allungamento. — A causa di pressione o di trazione in un determinato senso, l'utero, non di raro, subisce un allungamento a cui non sempre è stato correttamente applicato il nome d'ipertrofia. Questo allungamento ha luogo più specialmente nella porzione cervicale dell'organo, non solo in quella che sporge nella vagina ma nel collo propriamente detto. L'allungamento ipertrofico del collo costituisce una forma di prolasso dell'utero (veggasi *Prolasso*), ma talvolta si osserva anche quando un tumore ovarico spinge in su il corpo dell'utero e così ne allunga il collo. In tali casi, le pareti del canale, ordinariamente, non s'ingrossano, e l'effetto della

[1] La figura 26 mostra l' ipertrofia, di non maligna indole, del labbro posteriore della bocca.

trazione è il loro reale assottigliamento; allora, altresì, il collo dell'utero diviene lungo tre, quattro o cinque pollici. La porzione più bassa del collo, cioè la vaginale, talvolta, però subisce una vera ipertrofia, la cui conseguenza è che, allora, trovasi nella vagina un corpo conico, simile al muso di una tinca, vicino all'ostio vaginale o anche sporgente fuori di questo. Un ipertrofia meno avanzata si vede nella figura 26.

CAPITOLO IX.

CURA DELLE VARIE ALTERAZIONI DI STRUTTURA DELL' UTERO — CATTIVA NUTRIZIONE DELL'UTERO, CONGESTIONE, IPERTROFIA CONGESTIVA, ECC.

Cura generale preventiva — Vittitazione necessaria — Importanza di una insufficiente vittitazione, come causa di malattia uterina — Insufficienza qualitativa e quantitativa — « Esaurimento cronico » per iscarsezza di cibo, come reale malattia — Sua importanza — Metodo di cura — Cura preventiva riguardo alla mestruazione — Cura preventiva col riposo a letto — Congestione dell' utero ed ipertrofia congestiva — Cura generale — Modificando la posizione e la forma dell' utero — Colle sanguisughe, colle scarificazioni, ecc. — Uso delle injezioni di acqua calda — Bagni e stazioni balneari — Applicazioni astringenti e caustiche alla bocca dell' utero. — Rimedii interni.

La prima e più importante cosa da stabilire è la *cura preventiva*. L'osservazione mi ha portato a concludere che di raro s' incontra la congestione dell'utero insieme alle sue varie complicazioni nei casi in cui precedentemente era sano. Nel parlare della « cattiva nutrizione » (insolita mollezza) dell'utero, abbiamo accennato a « questo « stato precedente » dell'organo. Questo argomento trova quì la sua applicazione pratica.

CURA DELLA CATTIVA NUTRIZIONE DELL' UTERO.

Tutto ciò che tende a tenere il corpo in generale in uno stato di benessere tende eziandio a mantenere l'integrità dell'utero. Una cura generale, buona per tutto il corpo, è anche buona per una parte di esso.

Chiunque non abbia avuto l'abitudine di studiare attentamente le abitudini precedenti e la storia delle inferme che soffrono per ordinarie malattie uterine, non crede quanto sia comune in questi casi l'osservare, in un modo evidentissimo, l'influenza di un'alimentazione per lungo tempo insufficiente, continuata fino all'epoca in cui si osserva l'inferma o che vi è stata per un considerevole periodo di tempo in un'epoca anteriore. È così facilissimo seguire il processo del male fino alla sua origine, ed i fatti messi in sodo interrogando le ammalate, quasi invariabilmente, metteranno l'osservatore in grado di dire non solo quando cominciò la malattia ma perchè cominciò.

Non sembra che, a ciò che si può chiamare deficienza nutritiva elementare, sia stato dato finora il debito posto nell'etiologia delle malattie uterine. Io mi sono sempre più convinto che la sua influenza è importantissima.

La prima cosa su cui bisogna rivolgere l'attenzione è l'alimentazione. Questa in una fanciulla in via di sviluppo deve essere copiosa. Sotto questo aspetto, si possono commettere due errori, uno riguardo la *qualità* dei cibi, l'altro riguardo la *quantità*.

1. *Qualità*. — Non raramente, si osservano casi in cui, per una qualsiasi ragione, durante il periodo di sviluppo dell' utero, cioè dall'età di 12 a 16 o 17 anni, la qualità dei cibi è difettosa. Questo difetto, secondo la mia esperienza, più ordinariamente consiste in un' insufficienza di carne. Il solito pane e il solito burro, che costituiscono il principale alimento in molti istituti di educazione, non sono adattati alla produzione di tessuti sani. Io, generalmente, ho osservato che la carne è stata data in quantità insufficiente alle giovani donne che più tardi presentarono segni evidenti di cattiva nutrizione dell'utero. Può avvenire che, se il pane fosse di qualità migliore, la mancanza di una conveniente quantità di carne potrebbe essere meno sentita, ma ora io registro soltanto i risultati delle osservazioni fatte in casi in cui vi era stata certamente insufficienza di alimentazione carnea.

Talvolta si esclude la carne in quantità conveniente dall'alimentazione per ragioni di economia, ma, nelle classi medie ed alte della società, queste ragioni mancano, eppure, non di raro, s'incontrano giovani donne, cresciute in quella che chiamasi vita sontuosa, a cui non si è mai permesso, durante l'età dello sviluppo, più di un pasto al giorno contenente carne. Giudicando dai molti casi le cui particolarità si potrebbero ricordare, mi sembra che questa pratica abbia alterato gravemente l'organismo ed abbia predisposto ai grandi mali per cui, alcnni anni dopo, si è ricorso al medico.

2. *Quantità*. — È generalmente ammesso che, con una florida salute, vi è un buon appetito. Questo fa sì che si mangi bene, almeno quando vi sono i mezzi relativi. L'appetito, pertanto, è troppo spesso preso come guida nel caso opposto, quando è deficiente, mancante o bizzarro, e si suppone, troppo generalmenle, che, se non vi è desiderio di cibi, questi non sono necessarii. Questo errore — poichè, certamente, è dannoso — è comune nel pubblico, ma non sembra che sia abbastanza riconosciuto come tale anche fra i medici. L'organismo umano sta sotto un continuo processo di riparazione. Vi è un'incessante distruzione e, perciò, vi deve essere un'incessante riparazione, altrimenti ne seguono cattivi effetti. È vero che, spesso, la quantità del cibo presa è diminuita, per un notevole spazio di tempo, senza che l'individuo, apparentemente, ne soffra danni ma-

teriali; la macchina umana è così ricca di risorse che resiste per lungo tempo alle influenze deterioranti di un'alimentazione scarsa; la distruzione coglie qualche parte non vitale e si continua a menare avanti la vita. Ma vi è un limite a questa tolleranza. Quando la diminuita vittitazione ha spiegato la sua influenza per qualche tempo, ad esempio per alcuni mesi, è quasi certo che, se trattasi di un individuo di mediocre costituzione, ne risulterà danno. Necessariamente, la quantità reale di cibo richiesta *per diem* deve essere maggiore nell'epoca in cui lo sviluppo è più rapido, e perciò, allora, son maggiori i danni di una scarsa quantità. Quando trattasi di fanciulli e di giovani, in generale, non vi è ripugnanza a soddisfare un grande appetito, ma, se trattasi di fanciulle, non di rado si crede che l'avere un buon appetito o il soddisfarlo largamente siano cose cui bisogna porre un freno, ed è un fatto che molte giovani donne fanno male a sè stesse mangiando deliberatamente meno di quanto è richiesto per mantenere il corpo in uno stato di regolare sviluppo.

Abbiamo già detto che l'appetito, spesso, si perde; sulla qual cosa fa d'uopo richiamare energicamente l'attenzione.

Se l'appetito manca o è deficiente, probabilmente vi è qualche cosa d'irregolare e bisogna prendere le misure opportune per determinare qual cosa ha distrutto o diminuito l'appetito. Vi sono molte cause possibili della mancanza di appetito, cattive condizioni igieniche di varie specie, malattia reale di qualche parte del corpo, ecc. Ma bisogna convenire che nè l'infermo nè il medico debbono essere negligenti e abbandonare le cose a sè stesse; ciò potrebbe produrre gran male. La mancanza di appetito, forse, è il primo anello di una catena di sintomi che divengono più gravi ed imponenti a misura che il corpo, di mese in mese, si debilita per il lento esaurimento che essa cagiona.

Vi sono buone ragioni per ritenere che le più importanti malattie che sono funeste ai giovani — le affezioni tubercolari — hanno la loro origine in una deficiente alimentazione. Ad ogni modo, è certo che questa è uno dei più importanti fattori che producono queste malattie. Se prendiamo una giovane donna, la quale cresca alimentandosi insufficientemente, non è certo quale preciso effetto avrà su lei l'esaurimento cronico cui sottosta, o, in altre parole, quale organo del corpo ne sarà passionato per il primo. Possono essere i polmoni o l'utero; nel primo caso, seguirà consunzione pulmonare; nel secondo, rammollimento dell'utero ed altre malattie. Io ho osservato molti esempii di questo ultimo genere e, da alcuni casi accentuati dell'altra classe che io ho visti, fui indotto ad attribuire il primo passo verso il deperimento alla medesima causa, cioè alla insufficiente alimentazione. È ragionevole il concludere che questa tenderà

ad alterare tutte le parti del corpo, ma, giusta l'esperienza, altera alcuni organi più di altri, giacchè l'organismo subisce l'influenza di varie condizioni accidentali — abitudini, temperamento, ambiente — le quali fanno sì che un organo speciale risenta l'azione morbosa a prima giunta.

Secondo l'esperienza, mi sembra che « l'esaurimento cronico per insufficiente alimentazione » debba essere notato nella lista delle malattie riconosciute. Quando l'alimentazione è sempre scarsa, il corpo è in uno stato di esaurimento cronico [1], e questo è il preludio — forse necessario, nella maggior parte dei casi — della manifestazione di varii gravi disordini riconosciuti nelle classificazioni mediche delle malattie.

Vi sono, naturalmente, leggi igieniche cui bisogna conformarsi. L'aria rinnovata, le vesti convenienti, il moto proporzionato ai bisogni del corpo son tutte cose necessarie; ma il mantenimento dell'opportuno grado di attività nutritiva sta in prima linea. Il cambiare aria, le visite alle stazioni balneari, i bagni, ecc., il cambiare occupazione, spesso giovano, ma perchè? Perchè ristabiliscono il perduto appetito, e, se non producono questo effetto, sono relativamente di poca utilità.

Avendo curato molte inferme d'incipiente malattia uterina, caratterizzata da rammollimento e debolezza dell'utero, ho visto i grandi beneficii di una giudiziosa e regolare alimentazione quando vi era l'indicazione di questa, ed ho trovato tanto generalmente benefico questo motodo di cura che si può raccomandare colla massima fiducia. I principii che si applicano nei casi in cui vi è una malattia da curare sono buoni, naturalmente, anche nella cura preventiva.

Le osservazioni precedenti indicano l'importanza che io ho attribuito all'alimentazione nella cura delle malattie croniche dell'utero. In un lavoro letto innanzi alla *Obstetrical Society* di Londra, nel 1880, io affermai che, nella *All Saints' Institution*, durante 7 anni, curai 67 donne, la maggior parte delle quali presentavano morbo cronico uterino associato a grande debolezza generale e ad « esurimento cronico ». « Il primo mezzo di cura fu il *riposo* ». Il secondo consistette nel migliorare lo stato di nutrizione generale del corpo. Nella maggior parte di questi casi vi era esaurimento cronico che, talvolta, durava da 7 anni [2].

Ho citato i casi suddetti per mostrare quale è stata la mia condotta in questi ultimi anni.

A proposito di questo argomento, debbo dire che il Dr. Weir Mitchell [3], di Filadelfia, per alcuni anni ha adoperato un me-

---

[1] Veggasi il discorso annuale alla Harveian Society, *On Chronic Starvation. Lancet*, Jan. 1879.

[2] Veggasi la relazione di sessantasette casi di distorsione dell'utero, ecc. *Obst. Trans.* vol. XXII.

[3] *Fat and Blood: and how to make them.* London edition, Lippincott, 1878.

todo di cura, in casi alquanto simili a quelli da me curati nella *All Saints' Institution*, consistente nel riposo, nel massaggio, nella elettricità e nell'alimentazione, sistematici e persistenti, il cui successo posso comprenderlo benissimo dopo ciò che io ho osservato nelle mie inferme. Il Dr. Playfair, recentemente [1], ha fatto conoscere meglio presso di noi ai medici il metodo molto pratico e fortunato del Dr. Weir Mitchell, ed ha pubblicato casi i quali mostrano il gran successo da lui ottenuto applicando la cura del Dr. Mitchell.

Il Dr. Playfair, nel suo lavoro, dedica un capitolo alla « Prostrazione nervosa ed all'Isterismo, congiunti a malattia uterina ». I casi sono quelli in cui l'inferma è permanentemente invalida ed in cui vi è o vi è stata affezione uterina: « il dolore, la lombaggine, la leucorrea, la difficoltà nel camminare, la mestruazione irregolare, che accompagnano i disturbi locali, hanno prodotto, in ultimo, un'alterazione generale in cui sono complicate tutte le funzioni del corpo; il sistema nervoso è profondamente alterato, il sangue impoverito e l'indice della nutrizione generale è molto basso ». Vi è distruzione del grasso, manca l'appetito, vi è dispepsia e non si fa più moto, l'inferma diviene impressionabile ed isterica, e tutti i tentativi di cura sono riusciti infruttuosi.

Ecco il metodo di cura del Dr. Mitchell: —

1. Assoluto riposo e allontanamento dalla casa o da altre influenze abituali per sei od otto settimane, permettendo all'inferma di alzarsi gradatamente.

2. Massaggio di tutti i muscoli, due volte al giorno, per mezz'ora la volta a principio e, più tardi, per un' ora e mezza.

3. Applicazione della corrente elettrica interrotta, due volte al giorno, adoperando le spugne, in modo da agire su tutti i muscoli successivamente.

4. Dieta. A principio, latte ogni tre ore, sulle prime, in piccola quantità, poi in dosi maggiori. Poi si dànno i cibi più comuni di ogni specie, aumentandone gradatamente la quantità, e ben presto se ne potranno prendere grandi dosi giacchè il massaggio e l'elettricità, come si ritiene, rendono l'inferma capace di prendere quantità di cibo, successivamente crescenti, finchè, come nei casi riferiti dal Dr. Playfair, si giunge ad un'enorme quantità giornaliera.

Il metodo di cura sopradetto migliora subito le forze, rifacendo il perduto tessuto adiposo ed abilitando l'inferma a muoversi e ristabilendo col fatto la perduta vitalità e la facoltà della locomozione.

---

[1] *Lancet*, 1881.

Il massaggio e l'elettricità sono due elementi della cura, sui quali non ho che una limitata esperienza. Io ho prescritto i bagni e le frizioni cutanee, come parte regolare della cura, nei casi di grande impoverimento nutritivo, oltre il riposo e l'alimentazione, e cosi ho ottenuto buonissimi risultati ; ma sembra dimostrato dai casi del Dr. Mitchell, che il massaggio e l'elettricità sistematici sono ausiliarii importantissimi, e non v'ha dubbio che, materialmente, migliorano il ricambio nutritivo.

È da notare che l'incapacità alla locomozione, osservata nei casi descritti dal Dr. Mitchell, secondo me, è una prova che, in questi, lo stato dell'utero era quello che io ho descritto col nome di mollezza anormale.

Il così detto elemento « isterico » di questi casi sarà discusso più opportunamente nel capitolo sulle *Nevrosi dell'Utero*.

CURA DELLA CONGESTIONE DELL'UTERO.

La congestione frequentemente va congiunta ad altre condizioni, da cui è impossibile separarla nella pratica. Le principali che più probabilmente si osservano sono : le flessioni dell'utero, il rammollimento o l'indurimento e un certo grado d'ipertrofia.

La congestione deve essere curata tenendo debito conto del rapporto che esiste fra essa e le altre probabili condizioni morbose che, in generale, non mancano.

Secondo la mia esperienza, sono pochi i casi in cui si può ottenere un reale beneficio senza rivolgere l'attenzione alla cura generale, rimettendo l'attività nutritiva nel suo tipo normale, essendo essa una parte integrale della cura. Frequentemente vi è uno stato di grande debolezza generale, da cui l'inferma, spesso, deve essere tolta gradatamente, dirigendo gli sforzi a questo scopo. Un'inferma che, per tre o quattro anni, è stata persistentemente mal nutrita non potrà ricuperare le forze primitive in breve tempo, e, quando la congestione uterina è congiunta a questa debolezza di lunga durata, può essere necessario molto tempo, speso a nutrire l'inferma, prima che cessi l'affezione locale.

Il modo di nutrire l'inferma, da me prescritto da lungo tempo, è quello di darle a mangiare molto spesso cibi che possa con facilità digerire ed in piccolissime quantità, in alcuni casi, ogni due ore. I migliori cibi, a principio, sono i liquidi, zuppe, latte, uova sbattute, ecc.; più tardi si ricorrerà ai cibi solidi, anche in tenuissime quantità. Allora la digestione migliora e, spesso, torna l'appetito in un modo inaspettatamente rapido. Il massaggio e l'elettricità, secondo il metodo del Dr. Weir Mitchell (pag. 90) sono molto utili a promuovere il miglioramento della nutrizione. L'importante

precetto di cercare di compensare le passate deficienze con una conveniente dieta non deve essere trascurato, se dai nostri sforzi ci attendiamo la guarigione dell'inferma.

La mia esperienza mi ha insegnato che l'efficacia dell'alimentazione nel guarire la malattia è grande, massime nei casi in cui trattavasi principalmente di malattie uterine, e, infatti, posso dire che ho così appreso nozioni molto importanti sulle malattie dell'utero. Io ho visto che gli effetti di una conveniente dietetica, nei casi cronici di malattia uterina, sono così accentuati da rendersi evidente che queste malattie dipendevano, in gran parte, dalle deficienze che io aveva voluto riparare, e, d'allora in poi, ho potuto spiegarmi quello stato dell'utero che è descritto col nome di mollezza.

L'efficacia della cura generale nei casi di malattia uterina, di quella che si è chiamata cura « costituzionale » — è stata messa in evidenza dal Dr. Rigby, dal Dr. Henry G. Wright e da altri ginecologi. Per quanto io ho potuto accertare, la cura « costituzionale » è benefica, in proporzione diretta del miglioramento che procura della nutrizione del corpo e di ogni parte di esso, incluso l'utero. Tutto ciò che mira a questo scopo è utile. Gli alimenti sono, in realtà, il grande rimedio costituzionale.

CURA PREVENTIVA DURANTE LA MESTRUAZIONE.

Il cercare che la mestruazione, per la sua quantità e per l'epoca in cui si mostra, sia regolare, ha una grande importanza nel prevenire la congestione dell'utero. Tutte le donne debbono aversi cura durante la mestruazione, ed anche quelle che presentano l'aspetto della buona salute non possono, senza pericolo, trascurarsi sotto questo riguardo. Importa moltissimo che la congestione fisiologica, come possiamo chiamarla, della mestruazione non si protragga. Se hanno la menoma tendenza a malattia uterina, le donne mestruanti debbono stare in riposo ed evitare il moto esagerato, massime sotto l'azione del freddo esterno. Il portare abiti o scarpe umidi, lo stare su pavimenti umidi, possono essere cause di malattia. Nell'opera di Mary Putnam Jacobi [1] si trovano i risultati di numerose ricerche sulla necessità del riposo mentale e materiale durante il periodo della mestruazione. La conclusione generale è che, nella maggior parte dei casi, non si può continuare a lavorare, impunemente nel periodo mestruale. Questa è la conclusione necessaria che deriva dall'osservazione dei casi speciali; se in tutti i paesi la inopportunità a lavorare durante la mestruazione è così generale come sembra che

[1] *The Question of Rest for Women during Menstruation.* By Mary Putnam Jacobi. New York, 1877.

sia negli Stati Uniti, è un'altra quistione. Dalla mia personale esperienza risulta che questa inopportunità non è così frequente in Inghilterra come pare che sia in America.

CURA PREVENTIVA NEL PUERPERIO.

La congestione dell'utero ha così spesso il suo punto di partenza nella trascuranza delle debite cure dopo il parto, che sono necessarie alcune osservazioni speciali circa la cura preventiva.

In primo luogo, è necessario assicurare la regolare e rapida involuzione dell'utero, per opera della quale la sua massa è ridotta; i cangiamenti nutritivi sono accelerati e se ne ristabilisce la normale grandezza. L'inferma, per alcuni giorni, deve mantenere la posizione orizzontale, e non le si devono permettere quei movimenti che possono travagliare i muscoli addominali. Non appena è possibile, dopo cessati i lochii, si devono cominciare i semicupii o la doccia vaginale (veggasi il càpitolo sulla *Leucorrea*). Ad impedire la costipazione dell'intestino, fa d'uopo grande attenzione. La dieta deve essere molto scrupolosamente vigilata. Alle donne che prima godevano un buono stato di salute, non bisogna dare altro che i soliti cibi e nelle solite quantità, non trascurando di far ciò anche nel giorno consecutivo al parto.

Quelle inferme che si nutriscono tenuemente debbono mangiare spesso; e debbono prendere, negl' intervalli fra gli ordinarii loro pasti e con frequenza, alimenti liquidi, come zuppe, uova, brodi concentrati, ecc. Per le donne deboli, durante il puerperio, è molto necessario il pasto della sera, giacchè, spesso, si manifesta un grande esaurimento, verso le quattro o le cinque pomeridiane: a principio il moto sarà moderato, e non si comincerà a passeggiare se non dopo che sono decorse due o tre settimane. Ordinariamente, è bene dare un conveniente sostegno all'addome per mezzo di una fascia elastica. Seguendo queste semplici norme, se ne avrà grande vantaggio, ed è certo che, trascurandole, si manifesta frequentemente una molesta e dolorosa affezione. È necessario, come altro mezzo per assicurare una perfetta contrazione dell' utero dopo il parto, indurre l'ammalata ad allattare il suo bambino, quantunque non sempre le si possa raccomandare questa pratica per la sua debolezza. Per le donne soggette ad aborti, la maggior parte delle quali presentano flessione uterina, fa d' uopo prendere maggiori precauzioni. Spesso osserviamo che l' utero si ammala perchè le gravidanze si seguono rapidamente, e mentre l'organo non è ancora ritornato al suo naturale volume già vi discende un altro uovo. In tali casi, se non si è cauti, l'aborto si ripete sempre e si aggrava la malattia locale. Noi dobbiamo insistere sulla necessità di dare all'utero un periodo di riposo,

che è del pari indispensabile dopo un aborto e dopo un parto normale. In molti casi, si evita l'aborto separando, per alcuni mesi, il marito dalla moglie, e cercando, durante questo tempo, di ridurre l'ütero al suo volume e stato normali. Non v'ha dubbio che, con una giudiziosa vigilanza della funzione del parto e col regolare la vita dell'inferma dopo di questo, possiamo far molto bene nei casi in cui l'utero è soggetto a cadere in uno stato d'ingrossamento e congestione cronici.

La congestione che può avvenire dopo il parto è di natura passiva ; la gran mole dell'utero fa sì che esso può contenere molto sangue; è anche più molle del solito, ed il gran pericolo di questa indebita mollezza e di questo straordinario peso è che, così, sorge un'accentuata predisposizione ai gravi spostamenti dell'organo. Frequentemente, l'ordine cronologico dei fatti è il seguente: 1. involuzione imperfetta; 2. congestione; 3. spostamento, inclusa la flessione; 4. congestione prodotta e mantenuta dalla flessione; 5. ostacolo ad ulteriore e più completa evoluzione, opposto dalle altre condizioni già ricordate.

CURA GENERALE DELLA CONGESTIONE E DELLA IPERTROFIA CONGESTIVA DELL' UTERO.

In altri capitoli (veggasi pp. 69 e seguenti) è stata discussa la quistione della produzione meccanica della congestione. È indubitato che le distorsiorni dell'utero sono in gran parte la causa della sua congestione, come osserviamo nella pratica. Quando la congestione è meccanica, si può far cessare subito allontanando la causa, cioè, cercando di ridare all'utero la sua forma e posizione fisiologiche, onde il sangue possa circolare più liberamente nei vasi uterini. In molti casi, l'utero può sentir molto le influenze meccaniche che agiscono dall'esterno. Così, in un caso di antiflessione, la porzione dorsale dell'inferma agevolerà la fine della congestione che si accompagna a spostamento; nei casi di congestione per retroflessione, sarà necessaria la posizione opposta. Quest'ultimo modo di giacere, sollevando il fondo dell'utero, spesso migliora tanto la circolazione uterina che la congestione finisce. Discorreremo più diffusamente di queste cose nel capitolo sulla *cura* delle flessioni. Questo modo di curare la congestione dell'utero ha un'importanza capitale, e sovente si può giungere allo scopo senza ricorrere ad istrumenti. I suoi effetti, talvolta, si manifestano con prodigiosa rapidità, ed il principio della cura è tanto semplice che si comprende ed applica facilmente nella pratica.

L'applicazione di sanguisughe all'utero, per farne cessare la congestione, è un mezzo necessario. Alcuni anni dietro era in gran vo-

ga, ed è ancora su larga scala adoperato da quei medici che non hanno la convinzione pratica dell' intimo nesso di causa ad effetto che passa fra le flessioni e la congestione cronica dell'utero, e che non hanno avuto l'opportunità di osservare la rapidissima scomparsa della congestione, ordinariamente, quando l'utero si cura in modo da togliere gli ostacoli alla sua circolazione. La sottrazione di sangue dalla bocca dell'utero congesta per mezzo delle sanguisughe mitiga momentaneamente la congestione di questa parte (l'effetto è minore sulla congestione del corpo dell'utero), e, quando si continuano ad applicare per alcune settimane, e due o tre volte ogni settimana, senza dubbio arrecano un reale beneficio. Ma se questo risultato si può ottenere con altri e più semplici mezzi e senza cavar sangue, e, quindi, senza diminuire le forze, bisogna preferirli. Secondo l'opinione che la congestione uterina è una malattia per sè stessa, il sanguisugio, indubitatamente, si raccomanderebbe come mezzo razionale; ma, se si ammette che la congestione è un semplice effetto meccanico di qualche altra condizione dell'utero, è evidente che bisogna far cessare quest'ultima, almeno prima di fare qualunque altra cosa. Le sanguisughe, pertanto, sono utili quando l'utero, oltre di essere congesto, è ipertrofizzato.

Bisogna ricordare alcune manovre necessarie nell'applicazione delle sanguisughe. Possono aversi effetti dispiacevoli o molesti quando le sanguighe si attaccano o entro la bocca dell'utero o sulle pareti della vagina. Anzitutto, si deve applicare uno specolo di media grandezza, in modo che la sua estremità superiore tocchi la porzione vaginale del collo in tutti i punti, e dopo, s'introdurrà nella bocca dell'utero una faldella di filaccia. Fatto ciò, s' introdurranno in un tubo le sanguisughe (tre o quattro) e si lasceranno attaccare sulla parte scoverta del collo. Può essere necessaria un'injezione di acqua tiepida prima di applicare le sanguisughe, e l'allontanamento del secreto che covre la superficie del collo, per mezzo di una pallottola di filaccia. Quando la sanguisuga si attacca nella parte interna della bocca o sulla parete vaginale, l'inferma, massime nel primo caso, ordinariamente, prova acuto dolore; allora, per distaccarla, bisogna fare un'injezione di acqua salata. Non bisogna dimenticare che la perdita del sangue, per i morsi di sanguisuga sulla bocca uterina, talvolta può essere molto profusa ed anche allarmante.

Le *scarificazioni* o le *punture* del collo dell'utero congesto, vuoi esternamente sulla superficie della porzione vaginale, vuoi entro il canale, si usano molto in certi casi, sovratutto per diminuirne il volume, quando vi è ipertrofia della parte. Questo rimedio si applica nella stessa classe di casi in cui si applicano le sanguisughe. Un certo numero di scarificazioni superficiali è più utile di due o tre scarificazioni ma più profonde. Per eseguire la scarificazione del canale cervicale, si adopera un piccolo bistorì di forma speciale.

Injezioni di acqua calda. — In questi ultimi anni, si è spesso osservata l'efficacia delle injezioni di acqua calda alla temperatura di 37° a 44° c. — nella cura della congestione uterina. Il Dr. Emmet, di New York, le usa su vasta scala, ed io, in questi due o tre ultimi anni, le ho raccomandate piuttosto diffusamente. Vi sono buone ragioni per evitare l'acqua fredda nelle injezioni o affusioni uterine. Una volta si credeva, ed io cogli altri, che l'acqua fredda fosse utile contro la congestione dell'utero. Ora non penso più così. La doccia di acqua ad alta temperatura, nella quantità di mezzo litro o due e anche più, si può usare due volte al giorno.

Nei casi d'ipertrofia congestiva del collo dell'utero, quando la bocca presenta masse nodulari invece di un orificio di forma naturale, l'applicazione ripetuta di acqua calda nel modo sopradetto coadiuva a promuovere l'assorbimento, e deve essere fatta quotidianamente per alcune settimane.

Bagni e stazioni balneari. — Nei casi ostinati, talvolta, si traggono grandi beneficii dall'uso interno ed esterno di acque minerali di varie specie; e gli effetti prodotti dipendono, in parte, dal cambiamento d'aria e di occupazione, in parte, dalla aumentata attività cutanea per l'uso dei bagni, e, in parte, da qualche speciale virtù delle acque. La scelta di una stazione balneare è cosa importante. Nei casi complicati a dispepsia e a circolazione addominale difettosa , si può raccomandare Vichy o Hombourg. Quando la circolazione nei visceri addominali è lenta e vi è grande costipazione , i bagni di Carlsbad o di Marienbad sono molto utili , massime se trattasi di inferme le quali si sono abbandonate ai piaceri della tavola. Potremmo ricordare molte altre acque ove migliora del pari la circolazione addominale e lo stato degli organi digerenti , come quelle di Püllna, di Seidlitz, di Purton, ecc., che contengono solfato di magnesia e di soda. Quando bisogna agire principalmente sulla pelle, ed avere una derivazione alla superficie di qnesta, sono utili le acque termali *indifferenti*; tali sono quelle di Wildbad, di Schlangenbad , Gastein , Clifton , Buxton , ecc. I bagni di acqua di mare calda agiscono allo stesso modo ; sono molto efficaci e presentano , inoltre, il vantaggio di potersi usare facilmente. Vi sono casi in cui l'utero e gli organi pelvici , in generale , sono in uno stato di rilasciamento atonico, e, per le inferme che ne soffrono , sono utilissime le acque ferruginose. Quelle di Schwalbach, Pyrmont, Spa, Driburg, Kissingen, Franzensbad e Fachingen sono le più convenienti per coloro che presentano i suddetti sintomi, associati, come avviene ordinariamente, ad anemia, a pallore cutaneo, a tendenza ai dolori di capo, ecc. Le acque jodobromate di Kreuznach, Hall, Durkheim, e Krankenheil, sono specialmente raccomandate nei casi più cronici, sovratutto quando l'utero è sede d' indurimenti da qualsiasi

causa. Woodhall Spa, nel Lancashire, gode riputazione perchè le sue acque presentano qualità analoghe a quelle di Kreuznach. Nei casi in cui vi sono nevralgie o reumatismi, si raccomandano Wiesbaden, Baden-Baden, Ems e Bath. Quando si crede opportuno di amministrare il ferro in piccole quantità, insieme ad un aperiente, le migliori acque sono quelle di Kissingen o di Selters. I bagni di Driburg sono stati trovati specialmente utili, durante la gravidanza, nei casi in cui vi è tendenza a malattia del feto. Queste acque sono ferruginose, ma contengono anche calce in soluzione. [1]

[In Italia non tutte le donne che soffrono per affezioni uterine possono recarsi nei luoghi indicati dall'Autore a far la cura delle acque minerali, per la qual cosa e perchè presso di noi non mancano ottime sorgenti di acque minerali calde e fredde, credo utile indicare qui in un quadro i principali luoghi d'Italia, in cui le inferme possono recarsi per fare le loro cure quando hanno congestione uterina o ipertrofia congestiva dell'utero, corrispondenti ai principali dell'estero di cui parla l'Autore *].

Nome della sorgente estera	Classe cui appartiene	Sorgente nostrale corrispondente
Baden — Baden.	Clorurate sodiche termali.	Ischia, Bagnoli (Napoli) — S. Calogero (Lipari).
Carlsbad.	Alcaline termali.	Ischia, Bagnoli.
Ems.	Alcaline fredde.	Castellamare, Sujo, Valle d'Irno (Salerno), Nunziante (Torre Annun.).
Franzensbad.	Solfate e ferruginose fredde.	Castellam., Santomobono (Italia sup.), Recoaro.
Gastein.	Alcaline calde.	Ischia, Bagnoli.
Kissingen.	Clorurate sodiche fredde.	Castellam., Montecatini, Salsomaggiore, Riolo.
Kreuznach e Krankenheil.	Alcaline solforate e iodate, fredde.	Castrocaro, Riolo, Brisighella; Castellamare (La confluente).
Marienbad.	Solfate sodiche fredde.	Murisenzo (Italia sup.), S. Cipriano (Italia centrale), Sujo.
Püllna.	Saline solfate fredde.	Muraglione (Castellam.).
Schwalbach e Spa.	Acidulo - ferruginose fredde.	Chiatamone (Napoli), Recoaro.
Vichy.	Alcaline calde e fredde.	Ischia, Bagnoli, Castellamare, Valle d'Irno.

*** Nel corso dell'opera le mie aggiunte saranno, come questa, indicate da parentesi quadrate.**
SCAMBELLURI.

[1] Per più diffuse notizie su questo argomento si vegga l'opera del Dr. Althaus. *The Spas of Europe* London: Trübner.

Applicazioni astringenti e caustiche alla bocca dell'utero. — Come mezzi ausiliarii, queste applicazioni locali sono spesso di grande utilità.

Le soluzioni di allume o di acido tannico, o questo ultimo in forma di decotto di corteccia di quercia, sono gli astringenti più comunemente adoperati, in forma d'injezione, una o due volte al giorno. Si sono anche usati molti altri astringenti e con vantaggio. Le applicazioni caustiche si sono adoperate molto spesso quando si riteneva esservi ulcerazione della bocca dell'utero e quando vi era ipertrofia delle sue labbra (ipertrofia congestiva). Gli agenti caustici messi in opera sono di varie specie, dal nitrato d'argento solido, la cui azione è relativamente blanda, fino al nitrato acido di mercurio o alla potassa caustica. I più forti caustici si sono adoperati piuttosto frequentemente per distruggere le nodosità delle labbra della bocca dell'utero e per guarire le così dette ulceri. L'uso dei caustici forti, a questo scopo, ha avuto un grande effetto, e, in non pochi casi, ha prodotto non solo la sparizione della ipertrofia ma la chiusura della bocca dell'utero coi relativi gravi inconvenienti. Quando le labbra della bocca uterina sono profondamente fessi e presentano masse nodulari, la cura migliore consiste, in primo luogo, nel ridurne il volume colle injezioni di acqua calda quotidiane, e, in secondo luogo, nel riparare le lacerazioni con una operazione plastica (veggasi il capitolo sulle *Lacerazioni del collo dell'utero*).

Le acque di Kreuznach, in forma concentrata, sono specialmente utili quando vi è ipertrofia congestiva cronica dell'utero e del collo, e bisogna usarle per alcune settimane ad ogni periodo di cura.

Gli agenti caustici più blandi giovano ad accelerare la fine della ipertrofia delle labbra della bocca uterina. Il nitrato di argento solido ed il linimento jodico o il liquore (che è più debole) della Farmacopea Britannica sono i mezzi da preferire. Una forte soluzione bromica è a questo scopo anche utile. Questi agenti si applicano per mezzo della bambagia dopo introdotto lo specolo; messi in vista la bocca ed il collo, se ne tolgono i secreti e se ne asciuga bene la superficie con un po' di filaccia o di cotone, e poi si applica il caustico.

I soli casi in cui sono permessi gli agenti più forti sono quelli nei quali vi è una piccola vegetazione che bisogna realmente asportare, per esempio quelli in cui l'interno della bocca presenta quelle escrescenze o vegetazioni della mucosa conosciute col nome di *polipi mucosi*; e, inoltre, quei casi nei quali i follicoli mucosi che stanno intorno alla bocca si gonfiano e distendono, costituendo le piccole eminenze rotondeggianti dette *corpi di Naboth.* Nell'applicazione dei caustici forti, abbiamo un modo sbrigativo di curare questi stati patologici, nella cui classe è compresa la vera *ulcera* della bocca o del collo dell'utero.

Semprechè si usano i caustici forti, è necessaria una grande cautela per impedire che i tessuti adiacenti al collo dell'utero siano offesi. Fa d'uopo badare attentamente a questi tessuti durante l'operazione, e prendere quelle misure le quali impediscono al caustico applicato sulla superficie del collo di mettersi in contatto colle superficie opposte della vagina, quando l'operazione è compiuta e si ritira lo specolo.

Il *cauterio attuale* è stato un rimedio favorito, massime in Francia, nella cura dell'indurimento cronico o infiammazione della porzione vaginale del collo dell'utero. Se ne fa l'applicazione con uno specolo di corno, costruito a questo scopo, e si ripete ad intervalli di pochi giorni; e così, ciascuna parte della superficie indurita si covre successivamente di escare.

Rimedii interni. — Supponendo che si mettano in atto i mezzi opportuni per allontanare la causa della congestione e per migliorare la circolazione dell'utero, dobbiamo stabilire quale cura interna si deve fare. L'ergotina, data ad intervalli, a piccole dosi, e per mezzo d'injezioni ipodermiche, è uno dei rimedii interni più convenienti per ridurre la congestione cronica uterina. Dopo di essa, probabilmente sta il bromo o le acque minerali che lo contengono. L'acqua di Kreuznach è una di queste, e, nella maggior parte dei casi, il suo uso, prolungato per molte settimane, produce notevoli effetti. Il bromuro di potassio si può amministrare internamente, alla dose di 60 ad 80 centigrammi, due volte al giorno. Si può anche fare un'injezione vaginale; per questa via, può essere molto utile l'acqua di Kreuznach, (in forma più o meno concentrata). La sua azione topica sull'utero è senza dubbio benefica, sovratutto quando vi è ipertrofia della bocca dell'utero.

La cura mercuriale blanda, secondo il motodo del Dr. Oldham, spesso è stata prescritta per ridurre il volume dell'organo nei casi d'ipertrofia congestiva cronica. Essa, alcune volte, è certamente efficace, ma bisogna stare in guardia, giacchè, se la donna è molto debole, può fare più male che bene.

Rimedii contro il dolore. — In molti casi di congestione dell'utero, è necessaria una cura palliativa immediata per calmare il dolore.

I rimedii che si possono con vantaggio adoperare in queste circostanze, narcotici, fomentazioni, ecc., saranno indicati nel capitolo sulla *Cura delle flessioni.*

CURA DELL'IPERTROFIA DELL'UTERO.

Le osservazioni sopradette, sulla cura dell'ipertrofia congestiva dell'utero, si applicano alla cura dell'ipertrofia senza congestione.

Quando la forma dell' utero è alterata, la principale cosa da fare è di ricostituire la forma normale.

Il joduro di ferro è una medicina che sembra molto utile, nei casi cronici, a fare impiccolire l'utero. I bagni e le injezioni, nel modo sovradescritto, si devono usare con perseveranza. Anche nei casi di lunga durata può diminuire molto la massa dell'utero, se si facilita la circolazione uterina e si mantengono le forze dell' inferma.

CAPITOLO X.

CONDIZIONI ANORMALI DELLA MUCOSA DELL' UTERO.

Uso generale della parola endometrite—Spiegazione dei casi in cui si usa—Per lo più, è causa di ritenzione di secreti irritanti nella cavità uterina, la quale ritenzione dipende da distorsione dell' utero — Importanza del drenaggio della cavità uterina — La fungosità dello strato superficiale interno del corpo dell'utero, in realtà, consiste nell' ipertrofia congestiva della mucosa.

Le parole endometrite, endocervicite, sono state adoperate per indicare lo stato della membrana che riveste internamente il corpo dell' utero e il collo, che si osserva nei casi di così detta infiammazione dell'utero. Queste affezioni (endometrite, ed endocervicite) costituiscono, per parecchi ginecologi rinomati, malattie sostanziali importanti ed indipendenti. Il dolore insieme a copioso scolo della cavità uterina, si ritiene come segno che la malattia principale è questa endometrite, e, oltre a ciò, che essa è un' affezione primaria; ma vi sono buoni argomenti per combattere l'esattezza di questa opinione.

L'endometrite, probabilmente, si manifesta come un male distinto; così, uno degli effetti di un forte raffreddore è la produzione di uno stato morboso della membrana interna dell'utero, la quale s'irrita insieme agli altri suoi tessuti. Questa stessa membrana si può anche irritare ed infiammare per varie applicazioni dall' esterno, e non v' ha dubbio che le influenze traumatiche che agiscono sovr'essa — per esempio una lacerazione prodotta colla estremità della sonda — possono provocare grave irritazione.

L'importanza che « l'endometrite » ha per alcuni patologi che si occupano delle malattie uterine rende qui necessaria una discussine completa. Coloro i quali non ammettono, reputandola irrazionale e falsa quando si applica clinicamente, la teoria di tutte le malattie dell'utero che hanno sede nel collo, e l'hanno sostenuta per il corpo

dell'utero, perchè vi hanno rivolto un po' più di attenzione, si sono divisi in due campi. Alcuni hanno sostenuto che i tessuti delle *pareti del corpo dell'utero* siano attaccati da infiammazione, altri ritengono che la *membrana, la quale covre il corpo dell'utero internamente*, sia la sede principale dell'alterazione.

Io ho manifestato la mia adesione a coloro i quali, come Scanzoni, propugnano l'importanza delle malattie del corpo dell'utero.

La mancanza di un libero sbocco per i secreti uterini è una ricca sorgente d'irritazione della superficie interna di quest'organo. Le flessioni dell'utero sono cause di questa irritazione, poichè, frequentemente, producono parziale e valvolare chiusura della bocca interna dell'organo. Il liquido si raccoglie nella cavità e distende il corpo dell'utero, è ritenuto e diviene irritante.

La presenza di un secreto eccessivo, proveniente dall'interno del corpo uterino, è, in tanti casi, evidentemente in rapporto con una ostruzione della bocca interna dell'utero, la quale ne produce la ritenzione entro la cavità, che è impossibile negare che questa ostruzione non sia la causa delle secrezioni esagerate. Nel capitolo sulle *Flessioni*, ne parleremo più a lungo, ma qui voglio assodare che i fatti e i risultati di quella speciale cura dell'endometrite, che gode favore presso alcuni pratici, crollano come crolla l'interpretazione della malattia.

Accettando, dunque l'asserzione — la quale è innegabile — che, in certi casi, la membrana del corpo dell'utero è in uno stato di alterazione, reso evidente dalle profuse secrezioni che vengono da essa e dagli scoli purulenti o innocui, e, lasciando da parte i casi di cancro, i casi (molto rari) di tubercolosi dell'utero, i casi di gonorrea e di sifilide, mantengo l'opinione espressa nella terza ediztone di quest'opera, che questo stato di alterazione della membrana del corpo dell'utero sia generalmente l'effetto della ritenzione di secreti naturali e della relativa irritazione.

Chiunque abbia curato casi di flessione dell'utero, conosce che il corpo di questo è spesso ingrossato e disteso per accumulazione di liquido nella sua cavità, il quale esce fuori di quando in quando e, finchè non si toglie la flessione, può aver luogo la suddetta raccolta. Quando la mestruazione avviene in queste circostanze, i prodotti mestruali possono essere anche trattenuti nell'utero. La mestruazione è prolungata e può essere molto dolorosa. I prodotti ritenuti irritano la parte interna dell'utero, si riuniscono ad altro liquido acquoso segregato e, finalmente, sgorgano, in forma di liquido puriforme. La dismenorrea, la menorragia e la leucorrea sono tutti sintomi che possono accompagnarsi a tale ritenzione liquida nell'utero, e, perciò, è impossibile separarne lo studio da quello di una possibile endometrite, e lo stato probabilmente alterato della mem-

brana uterina si deve, com' è naturale, studiare insieme a questi sintomi e bisogna notarne il reciproco rapporto. Qui dobbiamo occuparci della essenza della endometrite come malattia distinta. Nella maggior parte dei casi, sembra realmente che non sia se non un effetto, un accidente, per dir così, di altri disordini concomitanti dell'utero; è un effetto importante, ma è sempre un effetto, che, certamente è cagione di molestia e di varii sintomi, ma non è un'alterazione primaria, nel significato rigoroso della parola.

Per interpretare convenientemente la maggior parte dei casi della così detta endometrite, bisogna conoscere l'*importanza del drenaggio della cavità uterina*; fa d'uopo prendere le misure necessarie ad assicurare l'uscita dei secreti, e sapere quali condizioni possono produrre ritenzioni di questi prodotti. Quando l'utero ha una forma somigliante a quella di una storta, non è libero e facile lo scolo del suo contenuto, e l'attenta osservazione di due o tre casi di flessioni croniche dell'utero, accompagnate dalla così detta endometrite, renderà evidente all'osservatore che il rapporto reale che passa fra la flessione dell'utero e la presenza di liquido con profusa secrezione dalla sua cavità, è quello di causa ad effetto.

L'analogia fra i casi di scolo puriforme dall'utero e di cistite cronica dipendente da restringimento dell'uretra, è, per quanto è possibile, completa. Nell'uno e nell'altro caso, vi è distensione di un organo muscolare, fino ad un grado anormale, per accumulazione di secreto; irritazione della cavità, per ritenzione; alterazioni del liquido segregato, ecc. Il restringimento dell'uretra è analogo alla flessione uterina; amendue sono di ostacolo alla escrezione.

I varii effetti, che si osservano nei casi di così detta endometrite, si possono dunque spiegare colla ipotesi di insufficiente drenaggio. L' opinione qui espressa è stata combattuta e criticata in molte parti, ma basta esaminare le particolarità dei casi publicati allo scopo di rovesciarla, acciocchè si abbia la conferma della sua esattezza. La teoria della endometrite ha suggerito la necessità di fare applicazioni caustiche o di altri agenti nell' interno dell'utero, per giungere sul campo della supposta malattia. Questa cura è stata trovata molto utile a calmare i sintomi che presentarono le inferme. Ma il processo adottato per applicare nell'interno dell'utero agenti caustici, per necessità, ne altera tanto la forma da far cessare per il momento la ritenzione. Gli strumenti che s' introducono, per lo più, sono dritti, il canale cervicale, talvolta, è in realtà artificialmente dilatato per applicare il rimedio con maggiore facilità, e così la flessione, che precedentemente osservavasi, resta più o meno distrutta. In tutti i casi, si ottiene in tal modo un effetto, cioè un completo e perfetto drenaggio della cavità uterina. L' inferma guarisce dopo ripetute applicazioni di questo processo, ma, di questa

guarigione, quanta parte è dovuta al raddrizzamento del canale cervicale col relativo completo, o temporaneo, drenaggio dell'utero, e quanta parte alla cauterizzazione interna?

Il solo metodo di rispondere a questa domanda è l'esame dei risultati della cura che si limita a raddrizzare il canale uterino. È un fatto che essi sono molto soddisfacenti, e, senza dubbio, dimostrano che la medicatura intra-uterina, su cui tanto si è insistito per guarire l'endometrite, non è necessaria, e che i suoi supposti buoni effetti si osservano del pari in seguito ad una cura più semplice.

Le seguenti osservazioni del Dr. Thomas, registrate nell'ultima edizione del suo libro (1880), sulle applicazioni nella cavità uterina nei casi di endometrite, possono essere da noi qui citate. Egli dice: « Una crescente esperienza, durante i cinque ultimi anni, mi ha reso scettico sulla utilità della cura. L'osservazione e l'esperienza hanno tanto cangiato la mia pratica che io molto di raro, attualmente, ricorro all'applicazione di medicamenti nella cavità dell'utero. Molto spesso non guariscono la malattia, e non sono affatto esenti da pericolo ».

Quanto all' effetto del « raschiamento delle fungosità », egli dice, « in moltissimi casi, ho dovuto ripetere l'operazione quasi una volta all'anno per molto tempo » (p. 349).

Stato fungoso della mucosa dell' utero. — In molti casi di così detta endometrite, si è trovato che la mucosa del corpo dell'utero presentava uno stato fungoide. In tali circostanze, frequentemente avvengono copiose perdite di sangue nel periodo mestruale e leucorrea saniosa in altre epoche. Queste fungosità sono state spesso portate via col raschiamento, e, molte volte, i risultati sono stati tali da incoraggiarci a perseverare in questo metodo di cura.

Sembra che queste fungosità siano costituite essenzialmente da ipertrofia della mucosa, mentre sono state curate come corpi estranei. In altre parole, non sembra che abbiano una natura polipoide, che rassomiglino a quei tumori i quali si possono incontrare nell' interno dell'utero e la cui cura consiste nel reale allontanamento di essi.

Da poco tempo ho visto un' inferma la quale mi ha fatto fare una osservazione, che mi sembra essere importante per la quistione sulla causa e la natura delle escrescenze o vegetazioni fungose della mucosa uterina.

Trattavasi di una signora nubile, di 42 anni. Sino a 4 anni dietro era stata piuttosto bene, quantunque non in uno stato di grande floridezza. Nella stessa epoca, un giorno passò poche ore in mare sovra un legno a vela. Ebbe violenta nausea e sentì che qualche cosa si spostò nel suo interno. Per qualche tempo rimase indisposta, dopo che scese a terra e, dopo poco altro tempo, andò soggetta a gravi perdite di sangue dall'utero. Ella

stava sotto le cure mediche, ed il Dr. Gooding, di Cheltenham, diagnosticò antiversione dell'utero, per guarire la quale fu applicato un pessario. Due anni prima che io la vedessi, stette sotto le cure del Dr. Milner Moore, di Coventry, giacchè ancora aveva gravi emorragie; dopo un pò di tempo, egli si convinse che nel fondo dell'utero doveva esservi un tumore. L'ammalata migliorò coll'uso dell'ergotina e l'applicazione di un pessario di Thomas, ma, un anno dietro, essendo imponente l'emorragia e l'utero molto disteso, egli dilatò il collo e trovò un tumore che credette polipoide, e, coll'operazione, estrasse una massa vascolare sarcomatosa, che occupava un vasto spazio nella porzione destra del fondo dell'utero. Si applicò una concentrata soluzione di percloruro di ferro. Per un certo tempo, le cose procedettero bene, ma, recentemente, sono ritornati i sintomi patologici.

Il 16 Marzo 1880, assistito dal Dr. Brockwell, di Gipsy Hill, per invito del Dr. Moore, visitai l'inferma e la trovai debolissima e molto emaciata. Ella lamentavasi che il menomo movimento o tentativo di camminare provocava emorragia e dolore. Aveva perduto l'appetito ed il sonno non era tranquillo.

Trovai l'utero acutamente antiflesso, molto congesto, ed il fondo di esso grande quanto una palla da giuoco, pesante ed inclinato innanzi ed in sotto; il collo era aperto e i tessuti dell'organo erano vascolari e molli. La sonda ci fece vedere che l'organo era allungato, e con facilità lo ripiegò in dietro rimettendolo al suo posto; ma, nel ritirarla, esso riprendeva la posizione antiflessa, piuttosto rapidamente.

Per sostenere il fondo dell'utero in avanti, fu applicato un pessario. In uno o due giorni, l'utero, a causa del suo grande peso, vinse la resistenza del pessario che fu tolto.

Il 19 Marzo, feci un esame più completo dell'interno dell'utero, e potetti introdurre il dito nella sua cavità, essendone rilassati i tessuti. Così scovrii che la superficie del corpo dell'utero, immediatamente sopra la bocca interna, presentava escrescenze molto sporgenti, levigate ma simili a vegetazioni molli, con una base molto distinta sulla bocca uterina. Allora credetti che queste escrescenze, prominenti e distinte, fossero, in realtà di natura sarcomatosa. Acquistata questa opinione, si decise di toglierle colla operazione.

Per preparare l'inferma a subirla, le s'ingiunse di stare in posizione dorsale. Ogni giorno, si spingeva in su il fondo dell'utero col dito, per impedire quanto era possibile, l'antiversione, ed agevolare il consecutivo processo operativo. Queste manovre venivano scrupolosamente eseguite dal Dr. Brockwell.

Ecco la relazione fattami dal Dr. Brockwell: « Il 20 Marzo, giorno consecutivo alla vostra visita, l'utero era grosso, pesante, e il fondo comprimeva il collo della vescica, era sensibile e sembrava che fosse compresso, se così posso esprimermi, contro l'osso del pube. Io, giusta le vostre istruzioni, introdussi il primo e secondo dito nel fondo, e feci un'energica pressione per alcuni minuti; a poco a poco e dopo considerevole pressione, l'organo cedè e si mise al suo posto. Allora situai l'inferma in posizione dorsale, con un grande cuscino sotto le natiche; e ve la feci stare sino al giorno consecutivo, nel quale, tornando ad introdurre le mie dita, mi accorsi che l'utero non si era spostato che in parte e cedeva molto più facilmente del giorno precedente. Feci rimettere l'inferma nella posizione dorsale e, nel terzo giorno, quantunque un po' antiflesso, l'utero aveva quasi totalmente perduto la sua sensibilità, era molto più piccolo e bastò una leg-

gerissima pressione. Io continuai a farla stare sul dorso e, nel quarto giorno, trovai che l'organo aveva mantenuto la sua posizione normale, che conservò fino al giorno dell'operazione, cioè al 31, nel quale anche voi lo trovaste nel suo sito fisiologico ».

La proposta operazione fu ritardata di altri 12 giorni e, al 31 Marzo, si eterizzò l'inferma. Allora, nell'esaminare l'utero col dito, mi accorsi che l' interno dell' organo aveva subito un notevolissimo cangiamento, durante questo intervallo di 12 giorni. L' intumescenza e le escrescenze sporgenti sembravano quasi scomparse — massime quella che stava immediatamente sulla bocca interna — e, in realtà, non vi era che poco da asportare. Credetti utile, però, di raschiare la leggera protuberanza ancora restante e toccare la superficie coll'acido nitrico. Il D.r Brockwell continuò a mantenere l' utero nella sua posizione regolare, spingendone, di quando in quando, il fondo in sopra, e si usarono altri ordinarii mezzi, una buona alimentazione e le iniezioni. Il 16 Aprile, l'utero aveva quasi ripreso il suo posto e si applicò un pessario a sella (piuttosto grande). L'inferma aveva migliorato moltissimo, ed il 27 Aprile era in caso di viaggiare.

Osservazioni.—Lo stato dell' inferma era tale da dare l' idea di una sofferente per morbo maligno; e il risultato delle prime osservazioni delle escrescenze quasi giustificò questa idea. La nota caratteristica nel suddetto caso, fu la rapida e quasi completa sparizione delle escrescenze dall' interno dell'utero sotto l' influenza del riposo, e il mantenimento di esso in una posizione fisiologica. Non rimane dubbio nel mio animo che i supposti tumori fossero semplicemente costituiti da mucosa uterina ipertrofizzata e congesta; giacchè, quando l'organo stava in tale posizione da divenire più facile la sua circolazione, la congestione ed il gonfiore diminuivano. La grave emorragia ad ogni menomo sforzo era completamente spiegata dallo stato della mucosa, giacchè gli sforzi, producendo maggior flessione e maggiore ostacolo alla circolazione, facevano aumentare la congestione della mucosa. Il semplice riposo in posizione dorsale e la elevazione quotidiana del fondo dell'utero producevano sulla mucosa uterina il notevole effetto curativo che sopra abbiamo descritto.

Non v'è dubbio che lo stato da me rinvenuto rassomigliasse a quello osservato dal Dr. Milner Moore un anno prima. La grande emaciazione, la grande irritazione, la copiosa secrezione e le considerevoli protuberanze in forma di tumore che sentivansi col dito, sembrava che convalidassero la diagnosi di tumore sarcomatoso nell' interno dell' utero, diagnosi la quale crollò nel corso dell' osservazione.

La grande vascolarità della membrana mucosa uterina, che ordinariamente non manca durante la mestruazione o immediatamente prima di questa, in molti casi è, senza dubbio, resa maggiore, da varie condizioni anormali. La mucosa uterina, allora, diviene più gonfia e molle, e, siccome la sua superficie si rompe per effetto del

normale processo della mestruazione, mostra un aspetto irregolare, villoso o vellutato. La presenza di queste prominenze villose, allora, forse , indica non una neoformazione o un tumore patologico , ma semplicemente la grande congestione della mucosa. Questo stato si potrebbe con proprietà chiamare « ipertrofia congestiva » della mucosa che riveste il corpo dell'utero.

La causa della congestione che, nei casi come il sopranarrato, produce l' ipertrofia della mucosa, può essere diversa. Nel caso sopradetto, la congestione sembrò prodotta dalla distorsione dell' organo. L'antiflessione acuta cagionò un ostacolo alla circolazione uterina e, perciò, congestione generale, non solo delle pareti ma anche della mucosa.

Che l'utero congesto possa migliorare con una conveniente posizione e restituendo ad esso la sua forma, si può dimostrare clinicamente. Io, molte volte, ho osservato questo fatto, ma non aveva avuto mai tale irrefragabile prova dell'efficacia di questi mezzi meccanici a far cessare l' ipertrofia congestiva della mucosa uterina.

Le deduzioni che si debbono trarre dalle precedenti considerazioni, riguardo alla cura dei casi in cui sospettiamo o conosciamo la presenza di fungosità della mucosa dell'utero, sono ovvie.

Per maggiori notizie sulla patologia e cura della mucosa uterina, si leggano i capitoli sulla *Leucorrea* e *Menorragia*.

CAPITOLO XI.

INFIAMMAZIONE ACUTA DELL' UTERO.

Natura e cura.

L'infiammazione acuta dell'utero è rara; ma è sempre molto grave, generalmente pericolosa e, a un certo grado, funesta.

Idiopaticamente, ha luogo tanto di raro che a stento possiamo descriverla, mancandoci i materiali. È stato già detto che si manifesta per repentina cessazione del flusso mestruale; ma la possibilità di questo modo di manifestazione è dubbia, giacchè, nei casi di questo genere, forse si è trattato di accidentale versamento di sangue nella cavità peritoneale, fenomeno che può essere accompagnato da sintomi molto gravi.

Traumaticamente, è un fatto ben conosciuto. Le ferite o le operazioni sulla bocca o sul collo dell'utero, l'uso di tente allo scopo di dilatare il collo uterino, l'imprudente uso di strumenti, come i pessarii intra-uterini, sono tutte cause di questo raro, ma grave, accidente.

La malattia sembra che partecipi della natura della pioemia, è accompagnata da gran dolore, ha un modo di cominciare ben determinato ed un corso rapido. Quasi sempre vi è la prova dell'assorbimento di certi materiali guasti per la via della mucosa interna del collo o del corpo dell'utero, precedentemente scontinuata, lesa o maltrattata in qualche punto. I suoi sintomi rassomigliano molto a quelli della setticoemia puerperale.

Ecco come decorre un caso tipico: — Dopo poche ore, talvolta dopo pochi minuti, dall'epoca dell'assorbimento, per la via dell'utero, dell'agente irritante, l'inferma prova un acuto dolore all'ipogastrio, con un forte brivido ed una sensazione di grave malessere. Il polso diviene subito frequente, raggiungendo in poche ore 120 a 130 battute al minuto, la temperatura anche si eleva ad una grande altezza, notandosi in poche ore da 39°, a 40°c. L'ipogastrio è sensibilissimo al tatto quasi sin dal principio; l'inferma giace colle gambe tirate in sù, si aggomitola al menomo tentativo di esplorazione della parte

più bassa dell'addome. Vi può essere nausea molto presto, ovvero in un momento più tardivo; una nausea ostinata spesso si osserva nel giorno seguente e dura fino alla morte. La vagina è molto calda al tatto, l'utero stesso è gonfio e sensibile ad un grado estremo. La profusa perspirazione, che generalmente si descrive fra i sintomi della pioemia, mancò nei casi d'infiammazione acuta dell'utero che io ho osservato.

L'ulteriore progresso del morbo è caratterizzato da aumento di frequenza del polso, dall'elevazione di temperatura a 40° c. o anche a 41° c., da continuata prostrazione, da diffusione della flogosi (generalmente) al peritoneo, da respirazione affannosa, da grande debolezza del polso e dalla morte, o dal passaggio della malattia ad un periodo meno acuto e, probabilmente, al principio della guarigione.

La setticoemia che si manifesta in questo modo è, forse, quella che ha un corso più rapido fra tutte le forme conosciute di questa malattia, probabilmente per la grande vascolarità dell'utero e per la grande rapidità con cui può avvenire l'assorbimento dal suo interno.

Le note necroscopiche sono, ordinariamente, un insolito sviluppo e mollezza dei tessuti uterini, la peritonite e il versamento di pus nell'addome. Nei tessuti uterini può esservi soltanto lieve alterazione.

Cura. — La pronta amministrazione di energici stimolanti, come la chinina, l'etere, l'alcool, sembra che sia la migliore cura da prescrivere. Questi rimedii si devono dare a grandi dosi; è forse anche utile la tintura di ferro. Le profuse injezioni di acqua tiepida, leggermente carbolizzata, per la vagina, non si devono trascurare. Io credo che possa essere utile l'elettricità, per mezzo della quale si possono promuovere le contrazioni uterine. Bisogna applicare alla regione ipogastrica un grande cataplasma di seme di lino.

Nei casi di peritonite settica, consecutiva ad ovariotomia, talvolta è stato utilissimo l'abbassamento della temperatura per mezzo della vescica di ghiaccio sul capo. La stessa cura si può applicare ai casi di cui quì ci occupiamo. Questi fortunatamente, sono rari, ma a me è occorso di sperimentare che questo metodo ha un valore pratico.

[Oltre alle iniezioni in vagina di acqua carbolizzata, di cui parla l'Autore, sono utilissimi gli antisettici internamente, come l'acido salicilico e l'acido fenico: preferisco questo ultimo, che si può dare, come io molte volte ho fatto, fino alla dose di un grammo in emulsione gommosa, da consumare a cucchiajate nelle ventiquattro ore].

CAPITOLO XII.

SVILUPPO DIFETTOSO DELL' UTERO. MALFORMAZIONI CONGENITE.

DIAGNOSI.
ELENCO DI CASI—Mancanza, o formazione rudimentaria dell'utero—Utero infantile – Utero unicorne – Utero doppio – Mancanza della bocca dell' utero.

DIAGNOSI. — La diagnosi delle varie forme d'irregolare sviluppo dell'utero è importante. Siccome questi difetti, ordinariamente, sono associati ad alterazioni o a difetti di formazione della vagina, bisogna studiarne la diagnosi complessivamente. Esporremo nel Capitolo sulle *Malattie della vagina* le norme speciali di questo studio.

Nell'UNIVERSITY COLLEGE HOSPITAL, in un periodo di circa 5 anni, si presentarono sei casi di malformazione congenita su 1200 donne. La frequenza assoluta di queste malformazioni, naturalmente, non si deve dedurre da queste statistiche, giacchè esse possono esservi state in altri casi non osservati.

Casi d'imperfetto sviluppo dell' utero – University College Hospital.

Età	Iniziali	Maritate o nubili	Numero dei figli	Osservazioni
18	L. J. .	N.	—	Scarsissima mestruazione per un giorno all'età di 15 anni; d'allora in poi nulla. Utero piccolo. Mezzo pollice più corto del normale. Leggero molimen.
21	E. J. .	N.	—	Nessuna mestruazione. L'utero non ha che un pollice di lunghezza.
22	E. H. .	M.	0	Nessuna mestruazione. Utero un pò più corto del normale. Ha una sorella nelle stesse condizioni.
26	E. J. B.	M.	0	Maritata da due anni. Mestruazione quasi mancante. Una o due macchie, qualche volta. Sembra che l'utero abbia una *doppia* cavità, ma la bocca è unica.
28	Sig.ª B.	M.	0	Maritata da quattro anni. Nessuna mestruazione. Lunghezza dell'utero mezzo pollice.
30	M. W.	N.	—	Nessuna mestruazione. Nessun segno di attività ovarica. Utero quanto un pisello. La lunghezza della vagina è la metà della normale. Petto non sviluppato. Dalla via del retto si possono sentire due corde al posto delle trombe di Falloppio.

Le principali varietà dello sviluppo imperfetto dell'utero sono le seguenti: —

MANCANZA O RUDIMENTARIA FORMAZIONE DELL' UTERO.

I casi di totale mancanza dell'utero sono rarissimi, e vi sono buone ragioni per credere che, quando apparentemente manca l'organo, pure è rappresentato, per l'anatomista, da imperfette ma riconoscibili vestigia di una struttura che ha la forma e la disposizione generale dell'utero. Le ovaje — le parti essenziali degli organi generativi della donna — si osservano nei casi in cui l'utero è rappresentato da semplici tracce di fibre muscolari e di tessuto connettivo. Un caso tipico di questo genere è ricordato da Rokitansky [1], in cui la vagina consisteva in una cavità della lunghezza di un pollice, l'utero era rappresentato da fibre musculari disposte in modo da avere la sua forma, le trombe di Falloppio erano più carat-

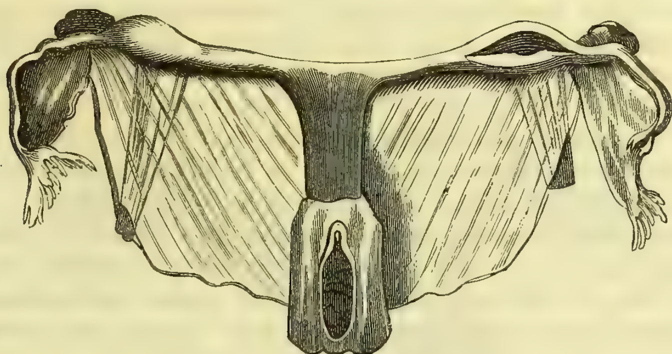


Fig. 27.

teristiche, e ciascuna presentava una piccola cavità; non mancavano le ovaje (fig. 27).

Ciò che vi è di utero può essere il collo, la parte superiore o uno dei lati.

La mancanza o la formazione rudimentaria dell'utero può accompagnarsi a mancanza completa della vagina o a formazione rudimentaria di questo canale. Ecco un caso illustrativo dello stato della vagina in tali circostanze. Pochi anni dietro, ho avuto l'opportunità di visitare una signora di 20 anni, che presentava le seguenti condizioni: le parti pudende coverte di peli, le grandi labbra bene sviluppate, la vagina rappresentata da una semplice fossetta in cui pas-

---

[1] Veggasi l'eccellente opera di Kussmaul. *Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdopplung der Gebärmutter*, Würzbrug, 1859, p. 20.

sava la sonda uterina soltanto per un mezzo pollice, fra la vescica ed il retto non si scovriva utero o corpo duro. Due o tre volte vi erano stati segni di attività ovarica, i quali avevano confermato la credenza che esistessero le ovaje. Il petto era bene sviluppato.

UTERO INFANTILE.

Con questo nome indichiamo quei casi in cui l'utero è regolarmente formato e completo in tutte le sue parti, ma che, nell'età adulta, conserva il volume che ordinariamente ha nella fanciullezza o prima che giunga alla pubertà.

Nell'età in cui, generalmente, si veggono i segni della pubertà, lo sviluppo dell'utero procede rapidamente, giacchè le dimensioni a cui allora giunge sono quelle, che, tranne certe eccezioni, conserva fino a che finisce quella che si può chiamare vita sessuale. Ma, in pochi casi, quando giunge la pubertà, manca il conveniente sviluppo dell'utero, e questo conserva, fin oltre al periodo solito, le dimensioni della fanciullezza. Allora la mestruazione per lo più non si manifesta, benchè la donna possa mostrare segni di attività funzionale delle ovaje. Si osservano varii gradi di questo sviluppo difettoso dell'utero; tutti, però, associati con un sintoma, cioè amenorrea o imperfetta mestruazione. Alcune volte, il difetto è congenito, mentre, in altre, sembra che stia in rapporto colla cattiva nutrizione, nel periodo critico in cui si giunge alla pubertà.

Un caso abbastanza tipico di utero infantile è quello di una giovane donna che stava sotto le mie cure nell'University College Hospital. Era di 22 anni, non aveva mai avuto mestruazione, gli organi esterni della generazione ed il petto erano ben sviluppati, l'utero sottile, lungo 2 pollici, misurato colla sonda. La porzione vaginale del collo esile, la bocca piccolissima. L'inferma cominciò a presentare i sintomi dell'attività ovarica a 16 anni, ma la mestruazione non si era mai realmente presentata. Nell'opera di Kussmaul, sono registrati parecchi casi di utero infantile. S'incontrano moltissime varietà. Così, il corpo dell'utero può essere imperforato, l'organo può essere bicorne, ovvero lo sviluppo difettoso si può osservare soltanto nella porzione cervicale.

La storia di certi casi che sono stati riferiti mostra che l'utero infantile, in un periodo molto tardivo, può subire l'ordinario sviluppo, e che, quantunque nella maggior parte dei casi le donne che presentano questa imperfezione non concepiscano, può anche concepire. Le mammelle, generalmente, sono piccole; gli organi genitali esterni, le grandi e piccole labbra, la clitoride e la vagina sono pure più piccoli del consueto; i peli, in generale, sono scarsi sulle parti pudende; ordinariamente, la donna presenta un corpo piccolo e scarsamente sviluppato, ma non sempre. Le ovaje sono state trovate

mancanti, ma questo non è un fatto ordinario; esse contengono anche follicoli di Graaf, ed i molimen mestruali sono più o meno accentuati, quantunque il flusso quasi sempre manchi. Spesso, ma non sempre, manca l' istinto sessuale [1].

UTERO UNICORNE.

Con questo nome s' indicano quei casi in cui l'utero presenta superiormente una divisione in due parti o corna, di cui una è più grossa dell'altra. Vi sono parecchie varietà circa la grandezza relativa delle due corna, nei diversi casi, e, quando entrambe sono quasi simili per grandezza, la parola « unicorne » non è applicabile. Nella celebre opera di Kussmaul, tutte queste varietà si trovano descritte insieme ai varii importantissimi fatti relativi alla storia della gravidanza in queste insolite circostanze. Il secondo corno vi è sempre, quantunque possa essere piccolissimo. Un caso tipico di

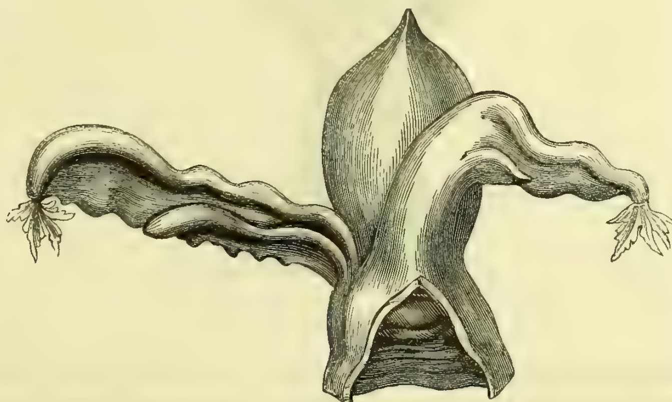


fig. 28.

utero unicorne è quello ricordato da Pole [2] (veggasi figura 28, in cui l'utero si osserva da dietro).

UTERO DOPPIO.

Le diverse varietà di utero doppio o bipartito si debbono, come in altri casi di malformazione, riferire a sospensione dello sviluppo nel primo periodo della vita fetale e, quanto ad esse, si può dire

[1] Kussmaul, *op. cit.* p. 94.
[2] *Memoirs of Med. Soc. of London.*, 1794, p. 507, e Kussmaul, *op. cit.* p. 22.

che rappresentino ciò che rappresenta un utero normale nelle classi inferiori dei mammiferi.

Talvolta si osserva una più completa separazione delle due parti dell'utero, giacchè ciascun lato rappresenta una cavità distinta, che si apre inferiormente con un orificio proprio in una distinta e separata vagina, e ciascuna di queste due vagine presenta allo esterno un orificio a sè. Questa condizione di cose è molto rara.

Un bellissimo esempio dell'altra varietà — utero doppio bicorne — è dato dal caso riferito da Schroeder [1] (veggasi fig. 29). In questo caso, le due metà dell'utero sono — esternamente — congiunte, ma le due cavità sono completamente distinte.

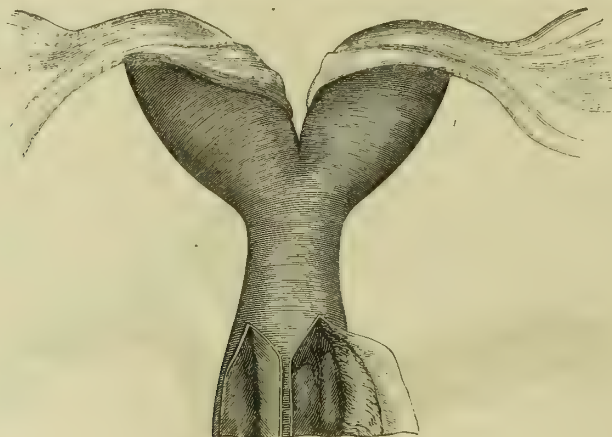


fig. 29.

Quì possiamo dire che la divisione fra la cavità propria dell'utero e la tromba di Falloppio è sempre determinata dalla posizione del legamento rotondo. Vi sarebbe la possibilità di confondere l'utero bicorne coll'utero completamente e distintamente doppio se non vi fosse la suddetta divisione.

Secondo la divisione di Kussmaul, un'altra varietà è quella in cui l'utero esternamente sembra di forma anormale, mentre la cavità è completamente divisa in due parti da un setto mediano. Kusmaul lo chiama « uterus duplex omnino conjunctus vel u. septus ». « L'uterus bilocularis » (fig. 30) di Rokitansky è preso da un caso di Liepmann [2], e riguardava una giovinetta di 19 anni. In

[1] Da Kussmaul p. 25. Nella stessa opera, p. 197, vi è un disegno di un caso di Carus, in cui uno dei due uteri è occupato da un feto.
[2] Veggasi Kussmaul, *op. cit.* p. 26.

questo caso, la vagina e l'utero erano doppi, benchè all'esterno non se ne vedesse nessun segno ; i canali vaginali si aprivano di dietro.

Vi sono inoltre altre modificazioni. Così il setto fra le due parti dell' utero può occupare soltanto la metà della sua lunghezza, nel qual caso non vi è che una bocca uterina, mentre la cavità superiormente è doppia (« uterus subseptus »), ovvero l'utero può essere unico nel collo e completamente doppio superiormente a questo punto, e allora si ha « l'uterus bicornis unicollis ». Kussmaul riferisce casi di queste due varietà.

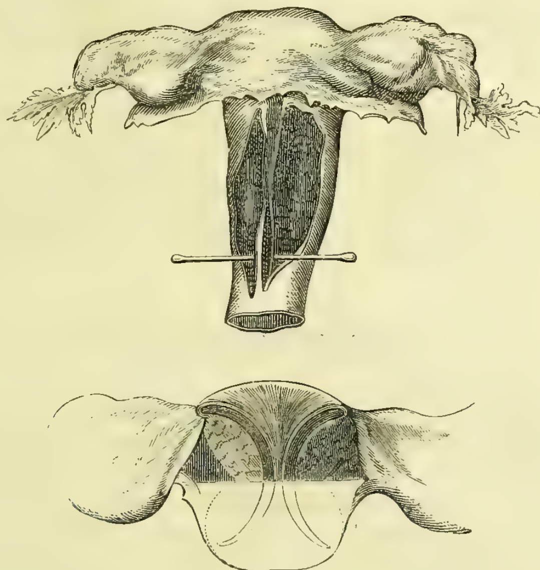


fig. 30.

In ultimo, possiamo ricordare un caso di Eisenmann che, come osserva Kussmaul sta fra l'uterus bicornis e l'uterus septus : in questo caso, l' utero e la vagina erano chiaramente doppi ; i due uteri erano perfettamente paralleli e le due cavità lunghe e strette. Esternamente, un solco ne indicava la divisione.

Nel capitolo sull'*Amenorrea* si troveranno alcune osservazioni sulla *cura* dei casi d' imperfetto sviluppo dell'utero.

MANCANZA DELL' ORIFICIO DELLA BOCCA DELL' UTERO.

Questa è un'altra malformazione congenita che s' incontra raramente. L'apertura nella parte inferiore del collo uterino (os uteri externum) può mancare ; ovvero il canale può essere imperforato più in alto ; in ambo i casi può avvenire un'accumulazione di liquido mestruale quando giunge la pubertà. Questa condizione di cose può accompagnarsi o no a vagina imperforata o a mancanza del canale vaginale.

CAPITOLO XIII.

SPOSTAMENTI, DISTORSIONI (FLESSIONI) DELL'UTERO, 1. FORMA NORMALE, POSIZIONE E MOVIMENTI DELL'UTERO.

Forma normale, posizione e movimenti dell'utero. — Forma e figura allo stato sano — Posizione fisiologica dell' utero ; Discussione delle varie opinioni su questo argomento; Schultze, Schroeder, De Warker, ecc. — Conclusione — Movimenti normali dell' utero — Grado d' immobilità dell' utero — Movimenti descritti : 1, discesa ; 2, rotazione intorno all' asse trasversale ; 3, flessione — Effetto dell' evacuazione del contenuto della vescica.

FORMA NORMALE DELL' UTERO.

Possiamo dire che l'utero consiste di due parti, il corpo, o utero propriamente detto ed il collo, poichè la forma generale dell'organo è quasi quella di una pera. Il corpo dell'utero è un poco meno rotondo posteriormente che anteriormente. Nessun segno esterno indica il punto di congiunzione fra il corpo dell' utero ed il collo ; l'ampiezza del corpo dell'utero è maggiore del suo diametro anteroposteriore, onde risulta che la sua cavità ha una figura quasi triangolare. Quando l'utero non è gravido ed è sano, la spessezza delle pareti del corpo e del collo è tale che lo spazio rappresentato dalle sue cavità è molto piccolo, poichè l'utero presenta una cavità larga da un lato all'altro, ma la cui parete anteriore è quasi in contatto colla posteriore, e la cavità del collo rappresenta un tubo alquanto fusiforme che diviene stretto in sopra nel punto di sbocco della cavità uterina propriamente detta (bocca interna dell'utero), ed anche in sotto, ove costituisce la bocca esterna.

L' utero, in generale, è piriforme, come già si è detto, ma dalla maggior parte degli Autori si ritiene che, allo stato normale, il suo asse non è perfettamente diritto, ma leggermente curvo , in modo da presentare una leggera concavità anteriormente. Questa è quella che chiamasi curva anteriore naturale dell'utero. Sembra, che prima della pubertà, questa curva anteriore sia più accentuata ; ma , quando arriva a questo periodo e l' utero è nel suo completo svi-

luppo, la curva anteriore sparisce, almeno in parte. Oltre a ciò, sembra certo che, in pochi casi, il grado della curva anteriore che si osserva prima della pubertà continui per più lungo tempo del solito, massime quando vi sono circostanze che si oppongono al fisiologico sviluppo dell'organismo in generale. La presenza di una leggera curva anteriore dopo raggiunta la pubertà ha una grande importanza nel discutere fino a qual punto l'antiflessione dell'utero è o non è una malattia, ed è stata sempre invocata come argomento in contrario da coloro che negano che l'antiflessione non è un fatto normale. Da ciò si rileva quanto è importante un'esatta interpretazione della suddetta curva. Secondo me, non v'ha dubbio che una leggera curva anteriore è normale quando l'utero ha raggiunto il suo pieno sviluppo fisiologico. Nonpertanto, è tanto assurdo ed illogico quanto non pratico il dire, perchè una leggera curva dell'utero è normale, che non possa essere anormale nessuna esagerazione nel grado di essa; e pure si è giunto a questi estremi.

Nella figura 31, si vede quello che io ritengo grado anormale di curva anteriore nell'utero multiparo, supponendo che la donna stia in piedi.

Non si può affatto porre in dubbio che, allo stato sano l'utero ha una certa forma tipica, e che le forme le quali si allontanano da questo tipo debbono essere giudicate anormali. I varii organi del corpo umano hanno la forma e la struttura loro assegnate per compiere i loro diversi uffici. Sarebbe strano se l'utero dovesse costituire un'eccezione. La bellezza della forma del corpo umano è generalmente ritenuta come segno di buona costituzione, e l'utero ha una forma tipica che lo rende atto al fisiologico adempimento delle sue funzioni naturali. Anche soltanto ragionando *a priori* potremmo concludere che l'utero, quando ha la sua forma naturale, è adatto ai suoi scopi meglio di quando è distorto: l'esperienza clinica poi dimostra che, quando ha perduto la sua forma fisiologica, generalmente seguono gravi inconvenienti, alterazioni di funzioni importanti, dismenorrea, sterilità, ecc.

È necessario fermarci un poco sui provvedimenti presi dalla natura per conservare la forma dell'utero. Il più importante è la rigidità dell'utero stesso, che esso deve alla spessezza delle sue pareti. Si può ritenere che, quando l'utero non è gravido, allo stato sano è un corpo quasi solido, giacchè le cavità sono piccole e tolgono poco alla sua solidità. « La forza e la resistenza inerenti ai tessuti dell'organo » sono, come osserva il Dr. Thomas, la principale salvaguardia contro l'incurvamento dell'utero. I suoi tessuti hanno naturalmente una solidità e durezza molto maggiore di quella di un muscolo ordinario, e queste due qualità assicurano la permanenza della forma dell'utero. Esso, allo stato sano, si può paragonare ad

una massa piena, piriforme, di gomma elastica, la quale conserva la sua forma a causa della sua solidità, e la riprende, quando è stata leggermente incurvata, per la sua elasticità. Ma la pieghevolezza dell'utero e la sua elasticità non sono tanto accentuate come nella pera di gomma elastica. Queste considerazioni sono molto importanti riguardo alla produzione delle flessioni. In un capitolo precedente, abbiamo descritto, come uno stato patologico, l'anormale mollezza dell'utero; le sopradette considerazioni rendono evidente come la mollezza delle pareti uterine toglierebbero all'utero quella solidità e rigidità su cui poggia la sua forma naturale.

Non sembra che gli attacchi ed i ligamenti dell'utero contribuiscano essenzialmente a mantenere la sua forma, quantunque, come è naturale, ne determinino la posizione. I principali attacchi dell'utero stanno nella porzione mediana, giacchè le sue due estremità sono relativamente libere. Essi, infatti, sottraggono piuttosto che dare rigidità all'organo. L'asse di sospensione dell'utero è una linea retta che passa attraverso una linea mediana dell'organo. I due poli dell'utero sono liberi nei loro movimenti se si paragonano alla loro posizione centrale, e lo stato del fondo, tenuto in equilibrio e libero da attacchi anteriori o posteriori, dà ad esso una instabilità che non è favorevole al mantenimento della forma fisiologica. La stessa cosa devesi dire circa la porzione vaginale del collo, che presenta una protuberanza conica nel canale vaginale, ed è parimenti libera e sottoposta all' influenza degli agenti meccanici che possono alterarla.

POSIZIONE NORMALE DELL' UTERO.

Circa la determinazione della posizione normale dell'utero, vi sono molte questioni. Si potrebbe credere che sia facile determinare questo punto elementare; eppure vi sono grandi diversità di opinioni. In un lavoro « Sulla posizione normale e sui movimenti dell'utero non gravido », del Dr. Ely Van de Warker [1] recentemente è stato discusso questo argomento ed è stato riportato un riassunto delle opinioni dei vari Autori. In Germania, sovratutto, hanno espresso opinioni opposte Kohlrausch, Braune, Schultze, e Martin.

Il Dr. de Warker, giustamente, a me sembra, afferma che la posizione reale dell'organo nella donna vivente, deve essere studiata sul vivo. Se si ricorre alle autopsie, bisogna essere molto attenti ad evitare le cause di errore. Un esempio della necessità di quest'attenzione è dato dall' Atlante di Braune, nel quale la sezione di un pezzo congelato, appartenente ad una giovane donna, mostra

[1] *American Journal of Obstetrics*, vol. xi. p. 314.

la posizione dell'utero (nel primo periodo della gravidanza), nella pelvi. A primo aspetto, quando la vidi, mi sembrò che la parte inferiore fosse rappresentata molto in basso nella pelvi, e, leggendo il testo, trovai che la donna era morta impiccata. La specie di morte era evidentemente la causa della posizione estremamente bassa della bocca dell'utero, dell'uretra e dell'apertura vaginale; eppure questo Atlante da alcuni Autori è stato preso come una guida, per conoscere la posizione normale dell'utero. Sembra che Schroeder abbia

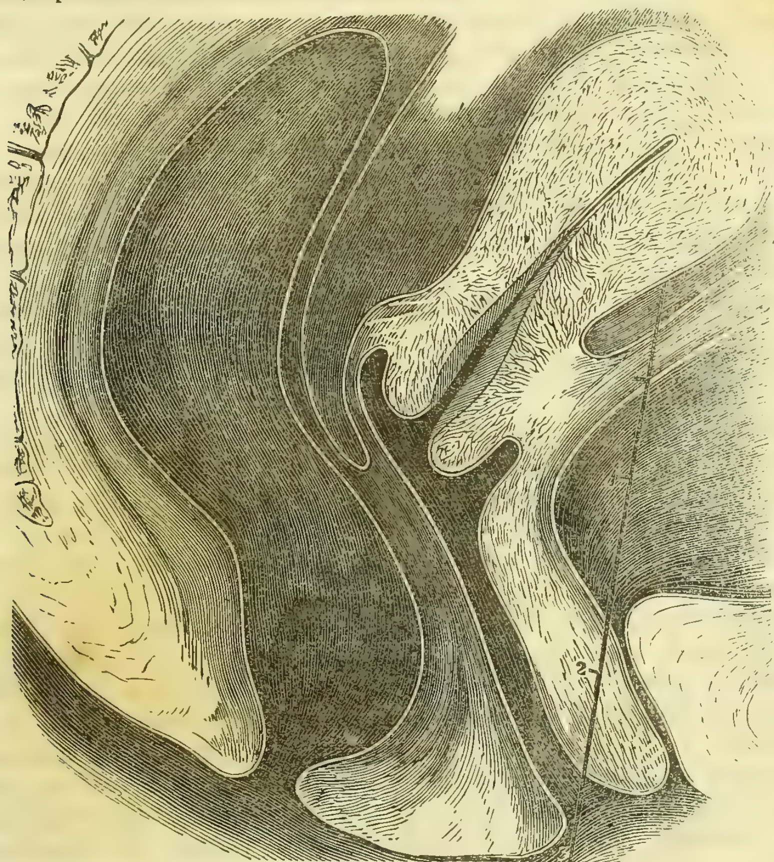


fig. 31.

subito l'influenza della suddetta figura, giacchè, in quella che egli dà come esempio della posizione *normale* dell'utero una linea tirata dalla parte inferiore del pube all'estremità del coccige passa attraverso il collo dell'utero. Schultze critica questa posizione, e Schroeder la difende appellandosi all'autorità di Braune!

Riguardo alla regolare posizione dell'utero, vi sono due quistioni da definire — una circa la posizione dell'utero nella pelvi, relativa-

mente all'entrata ed all'uscita di essa, l' altra circa i suoi rapporti colle pareti anteriori o posteriori della pelvi.

L' idea che mi ho formata dietro l'osservazione è che, nelle condizioni normali, l'utero occupa quasi una posizione mediana nella pelvi, cioè, che la sommità del fondo corrisponde al piano della entrata di essa o vi sta immediatamente sotto, e che la bocca dell'utero sta un pò sopra del piano dell'uscita (linea pubi-coccigea); inoltre, che nella pelvi sta ad eguale distanza dalle ossa pubiche e dalla metà del sacro. Questa posizione dell'utero corrisponde a quella che chiamasi curva di Carus, e mi sembra che sia la reale allo stato sano, soggetta a certe alterazioni di cui ci occuperemo nel discorrere dei movimenti naturali dell' utero. La figura 31, che rappresenta quella che io ritengo posizione tipica della bocca dell'utero, veduta sovra una sezione laterale, renderà più intelligibile ciò che abbiamo detto sopra. Il disegno è stato eseguito attentamente sovra una figura di Kohlrausch, ma vi abbiamo apportato alcune modificazioni.

La vescica è rappresentata piena. È probabile che, quando la vescica è vuota, la parte superiore del corpo dell'utero è un pò più vicina al pube di quanto vedesi nella figura 31. Su ciò parleremo più diffusamente.

La nostra opinione sulla posizione normale dell'utero non è quella di Schultze o di Schroeder o di de Warker. Schroeder ritiene che tutto l'utero sia posto più in basso nella pelvi. Schultze mette la bocca dell'utero quasi nello stesso punto, ma dà al corpo di esso un' inclinazione molto maggiore in avanti. De Warker accetta senza osservazione l' opinione di Schultze. Questi, seguito da de Warker afferma che il corpo dell'utero divenga antiverso quando la vescica è vuota (fig. 32), ed assuma una posizione più diretta quando è piena. Non è qnesta la conclusione a cui son giunto dietro le mie osservazioni. Mi sembra che lo spazio formatosi fra il corpo dell'utero e la sinfisi pubica per l'evacuazione della vescica sia normalmente riempito dalla discesa delle intestina sulla vescica, e che l'utero, allo stato sano, per lo più, relativamente, non modifica la sua posizione, a causa del vuotamento della vescica. Gli esperimenti fatti sul vivo sembrò a Schultze dimostrassero che quando la vescica è vuota, l'utero la segua, ma non abbiamo nessuna prova che gli esperimenti furono eseguiti sovra donne realmente sane e sono opposti ai risultati delle mie osservazioni. Martin esprime la sua opinione contraria a quella di Schultze, anche circa questa supposta versione dell'utero quando la vescica si vuota. Essendo naturale, la nozione dell'antiversione è favorita dal fatto che vi ha una leggiera curvatura naturale anteriore, non che dal fatto che quelle da me chiamate antiversione e flessione *naturali* sono comuni, come

adesso spiegheremo. Le mie osservazioni mi hanno portato a concludere che quando il corpo dell'utero occupa persistentemente una posizione che alcuni degli autori sopracitati riterrebbero naturale, si osservano sempre sintomi di natura anormale, i quali indicano l'anormale posizione occupata dall'utero.

Concludendo, dietro il paragone delle varie opinioni, e dietro le mie osservazioni, ritengo che, allo stato sano, l'utero non gravido occupi quasi la posizione mediana nella pelvi; che non sia esatto il supporre che il fondo allo stato sano, usurpi lo spazio destinato alla vescica e che la bocca uterina stia tanto in basso da poggiare sul pavimento della pelvi.

MOVIMENTI NORMALI DELL'UTERO.

L'utero nella pelvi è sospeso a varii legamenti ed attacchi già descritti. Se immaginiamo una linea tirata orizzontalmente da un lato all'altro e che passa per il centro dell'utero, questa linea rappresenterebbe ciò che è stato chiamato l'asse di sospensione dell'utero. Questo asse non è rigido, ma allo stato sano l'utero tende a ritornare in questa posizione quando è allontanato da essa. L'effetto è che la parte superiore dell'utero, non che l'inferiore, sono più mobili della media. Un movimento rotatorio limitato, in dietro o in avanti, può facilmente avvenire intorno a questo asse immaginario di sospensione e quando esamineremo i movimenti anormali dell'utero vedremo che questo movimento rotatorio è un elemento importantissimo da prendere in considerazione [1].

La fissazione dell'utero è tale che permette un certo grado di libertà dei movimenti e non vi può essere dubbio che in certi limiti ordinariamente si muove. Ora dobbiamo stabilire quali sono questi limiti. I ligamenti e gli attacchi dell'utero circoscrivono il suo movimento. Anteriormente l'utero ha attacchi colla vescica e per mezzo della vescica e della sua parte di peritoneo colla parete addominale in avanti; questo attacco per lo più impedisce che tutto l'utero si sposti direttamente in dietro: se la vescica è molto distesa a prin-

[1] A questo proposito possiamo citare il lavoro del Dr. Van de Warker, a cui abbiamo già accennato. In un lavoro anteriore, pubblicato nel 1875, questo autore dà i risultati delle osservazioni fatte sui movimenti normali dell'utero, mediante un sacchetto di gomma elastica disteso dall'acqua e per mezzo di un tubo comunicante con una colonna di mercurio. I suoi studii furono diretti a determinare l'effetto degli sforzi espulsivi fatti in varie posizioni del corpo. Si trovò che la discesa dell'utero (indicata dallo strumento), prodotta da uno sforzo espulsivo, era molto maggiore nella posizione in piedi che stando a sedere e la differenza era di $^5/_{10}$ di pollice sulla colonna mercuriale. Si trovò eziandio che la differenza prodotta dalla semplice posizione, senza azione espulsiva, stando a sedere e in piedi (per la pressione dei visceri) era rappresentata da $^6/_{20}$ di pollici nella colonna di mercurio. Secondo questi esperimenti, dopo la posizione sdraiata, la minor pressione sull'utero si aveva colla posizione accoccolata.

cipio è spinto in dietro e se la distensione aumenta segue un'inclinazione indietro del corpo dell'utero.

Dietro all'utero troviamo i ligamenti sacro-uterini, uno da ciascun lato, vicino alla linea mediana. Nei diversi casi la loro robustezza varia moltissimo, giusta le mie osservazioni. In alcuni casi si possono appena riconoscere col tatto. In altri sono solidi legami. Essi tendono ad impedire il movimento della parte media dell'utero in avanti ed insieme agli attacchi utero-vescico-pubici assicurano all'utero una posizione mediana fra il sacro e le ossa pubiche. Ma non hanno influenza sul fondo dell'utero o sulla sua bocca che indirettamente. I legamenti utero-sacrali si oppongono pure alla discesa dell'organo e tendono ad impedire che scenda tutto giù verso il piano inferiore della pelvi e verso l'apertura vaginale.

I legamenti larghi dell'utero, compreso il tessuto connettivo che è fra i loro strati e che circonda il plesso dei vasi i quali decorrono ai lati dell'utero fra questi strati, hanno l'importante effetto d'impedire i movimenti laterali di esso; essi assicurano o contribuiscono ad assicurare la posizione dell'utero nella linea mediana del corpo; hanno inoltre una grande tendenza ad impedire la discesa dell'utero in totalità e sembra in realtà che sieno i principali mezzi per i quali l'utero è sospeso nella cavità pelvica.

I legamenti rotondi dell'utero recentemente sono stati studiati da Martin e da Lieberkuhn (citati da De Warker *loc. cit.*). I legamenti rotondi contengono fibre muscolari lisce e striate, le prime si attaccano all'utero sulle sue parti laterali da ciascun lato. Le seconde s'inseriscono con estremità tendinee e carnose all'aponevrosi del muscolo obliquo interno, l'anello esterno alla parte superiore ed inferiore, mentre le fibre lisce passano attraverso l'anello inguinale e vanno al connettivo del monte di Venere. Rainey dice che i legamenti rotondi s'ingrossano durante la gravidanza. Martin crede che le fibre striate sollevino il fondo dell'utero verso il pube e promuovano il processo d'involuzione. Sembra probabile che i legamenti rotondi possano avere una certa azione nell'impedire i movimenti del fondo dell'utero in dietro.

La vagina si deve ritenere come uno dei mezzi di sostegno dell'utero e che perciò si oppone al suo movimento in giù. Quì è necessario dichiarare che quando parliamo di vagina includiamo il connettivo che la circonda ed i prolungamenti di questo da cui essa è fissata. In un'importantissimo lavoro D. B. Hart, M. B., recentemente ha trattato la questione del sostegno normale dell'utero [1].

---

[1] *A Study of two Mesial-vertical Sections of the Female Pelvis in Relation to the Normal Support of the Uterus and Prolapsus Uteri.* By D. B. Hart, M. B. Obst. Soc. of Edin. Feb. 1879.

Egli dice che la vagina non ha pareti laterali, che è leggermente parallela all' orlo della pelvi e che costituisce un diaframma pelvico, il cui pavimento e la cui volta combaciano e l'utero sta quasi ad angolo retto con questo diaframma. Secondo Hart questo diaframma è il principale sostegno dell'utero. Egli corrobora il suo argomento appellandosi alla sezione di pezzi congelati come quelli di Braune. Secondo questa opinione il perineo è il più importante sostegno dell'utero, poichè, se è distrutto in parte o tutto, la parte anteriore della parete vaginale scivola sulla posteriore, la vescica discende e l'utero la segue. Questi argomenti sono in sostanza solidi e sembra che sieno specialmente applicabili all'etiologia di quello che si può chiamare prolasso esterno. Gli esperimenti del Dr. Savage [1], fatti tempo dietro, confermano che il connettivo generale della pelvi è importantissimo come mezzo che mantiene l' utero al suo posto e ne impedisce la discesa.

Dando uno sguardo a tutti gli attacchi dell'utero risulta evidente che esso è tenuto in sito principalmente da ciò che si può chiamare intima connessione dei contenuti pelvici, dall' impalcatura della vagina, da quella della vescica, e dai legamenti larghi e dai vasi, dal tessuto connettivo che circonda i vasi, da certe fibre di rinforzo in varie posizioni e, ad un grado considerevolissimo, dai tessuti perineali. Gli attacchi non permettono un facile e notevole movimento quando i contenuti pelvici sono allo stato sano. Quando il perineo non è integro, come spesso avviene nelle donne che hanno partorito, manca un' importante diffesa. Nel capitolo sul *Prolasso* parleremo nuovamente di ciò.

I movimenti dell'utero si possono descrivere nel modo seguente: vi è movimento in sopra ed in sotto, scarso movimento laterale, ma più anteriore o posteriore. Forse sarebbe esatto il dire che, *allo stato sano*, i limiti del movimento in sopra ed in sotto non oltrepassano due pollici, mentre i limiti di quello anteriore o posteriore generalmente non superano un pollice e mezzo. L'estensione del movimento laterale forse è un pollice.

Ma lo spostamento dell'utero non è un movimento semplice. Siccome esso è fisso principalmente nella parte media, quando comincia ad agire qualche forza sovra esso, segue per lo più un movimento complesso. Così, quando l'utero è spinto in basso, come quando si esegue uno sforzo, il suo asse longitudinale non conserva la sua posizione, ma si può contemporaneamente inclinare fino ad un certo grado. L'utero può discendere tutto, ma la parte superiore può discendere più della media. In tal caso vi è discesa una a *versione*,

[1] *Illustrations of the Surgery of the Female Sexual Organs.*

che più correttamente si dovrebbe chiamare *rotazione* (sul suo asse di sospensione, trasversale). Ma ha luogo un'altra complicazione. Se l'utero fosse un organo rigido, il suo asse sarebbe sempre lo stesso, benchè non sempre starebbe nella stessa posizione. Ma siccome l'utero è ad un certo grado pieghevole, è soggetto a curvarsi e la forma del suo asse può modificarsi. Sicchè vi sono tre specie di movimenti possibili. Per esempio vi può essere — 1. Movimento in basso. 2. Inclinazione dell'utero (versione, o più propriamente, come sopra abbiamo detto, *rotazione*) sull'asse trasversale. 3. Incurvamento o flessione dell'utero.

Nell'esatta valutazione della combinazione di questi movimenti ab-

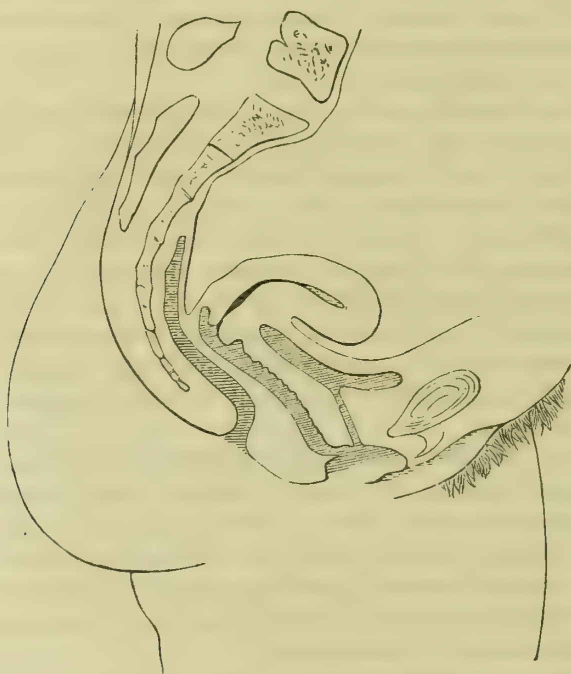


Fig. 32 [1].

biamo la base della vera patologia delle flessioni uterine e degli spostamenti. I movimenti naturali dell'utero per lo più sono complicati come sopra abbiamo detto ; la discesa direttamente in basso, per esempio , è meno frequente della stessa congiunta a rotazione (versione) ed a leggiera flessione. Quando l'utero è sano subito ri-

---

[1] La fig. 32, copiata da Schultze, rappresenta secondo questo, lo stato dell'utero quando la vescica è vuota.

torna alla sua posizione normale non appena cessa l'azione della forza che lo sposta e vi è poco a dubitare che queste leggiere oscillazioni ordinariamente hanno luogo durante i cangiamenti di posizione del corpo, durante gli sforzi espulsivi, ecc.

Lo speciale movimento dell'utero su cui sembra che le opinioni non sieno uniformi, è quello relativo all'evacuazione del contenuto della vescica. Alcuni credono, come ho detto a pag. 120, che il corpo dell'utero ordinariamente si sposti in avanti quando l'urina

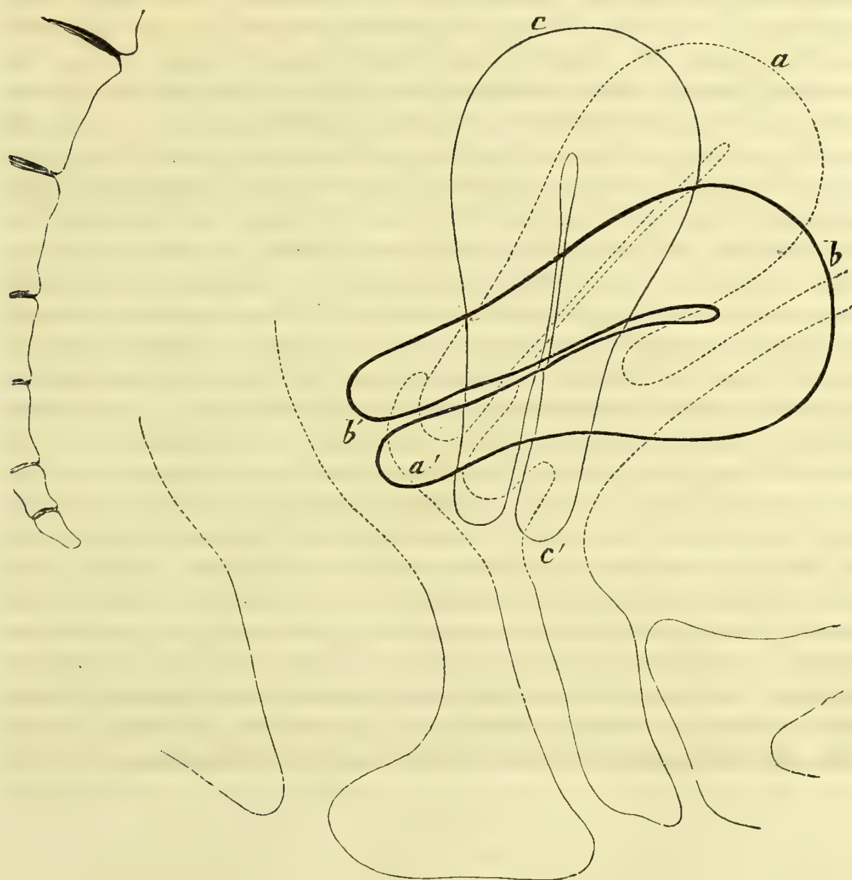


Fig. 33 [1].

esce dalla vescica e che questa antiversione e flessione uterina sia un fenomeno che avviene continuamente. Io credo inesatta questa opinione. È possibile che vi sia una leggiera inclinazione o un mo-

[1] La fig. 33 rappresenta l'estensione normale del movimento dell'utero.

vimento rotatorio in avanti quando la vescica si vuota, ma la discesa della sommità del fondo uterino, in tali circostanze, allo stato sano, secondo la mia osservazione, non supera un pollice, mentre secondo Schultze (veggasi fig. 32), la sommità del fondo dell'utero discende più di due pollici, o anche più, nella completa evacuazione della vescica.

Quando la vescica è piuttosto piena tutto l'utero può essere spinto in basso un poco senza piegarsi e quando il retto è disteso moltissimo tutto l'utero può essere spinto in avanti. Se vi sono sforzi espulsivi è ovvio che l'effetto sarà diverso secondo lo stato del retto e della vescica. Se amendue sono mediocremente pieni l'utero discenderà verso il piano inferiore della pelvi e insieme ad esso discenderà la parte posteriore della vagina. In tali circostanze non vi può essere che poca rotazione (versione) o flessione. Quando la vescica è molto piena lo sforzo espulsivo, come è stato dimostrato dagli esperimenti eseguiti dal Dr. Braxton Hicks, può produrre una retroversione dell'utero. Non molto tempo dietro io curava una giovane signora la quale aveva retroversione e flessione, che certamente dipendeva da prolungata ritenzione di urina durante un viaggio in ferrovia. Quando la vescica non è distesa lo sforzo espulsivo spinge l'utero in giù ed al tempo stesso può produrre estrema antiversione. Questi naturalmente sono casi estremi e qui li ricordiamo poichè vi può essere poco dubbio che sieno esagerazioni di ciò che forse avviene ogni giorno, ma ad un grado molto meno notevole e pur quando l'utero e le sue vicinanze sono allo stato sano. La figura 33 mostra la normale estensione dei movimenti dell'utero. *aa'* indica la posizione dell'utero allo stato di riposo; *bb'* il grado d'inclinazione anteriore (o rotazione) che ha luogo in varie circostanze — vuotamento della vescica, ecc.; *cc'* indica il grado di rotazione posteriore che può avvenire. Si noti che nella rotazione anteriore la bocca è tratta in dietro, mentre nella rotazione posteriore è tratta in avanti. Oltre a ciò in amendue gli ultimi casi si vede che la bocca giace nella pelvi ad un livello più basso del solito.

CAPITOLO XIV.

SPOSTAMENTI, DISTORSIONI (FLESSIONI), DELL' UTERO.
2. PATOLOGIA E STORIA GENERALE.

Nomenclatura — Flessione, distorsione, versione, prolasso — Natura complessa dei casi — Frequenza delle distorsioni e degli spostamenti — Statistiche fatte dall' Autore nell'ospedale — Statistiche fatte sulle inferme della sua clientela privata.

Nomenclatura. — Quando l'utero è piegato su se stesso dicesi che è *flesso* e quando la flessione, oltrepassando i limiti normali, è divenuta cronica, la malattia chiamasi *distorsione* dell' utero. Quando si sa che l'alterazione di forma è avvenuta *dopo* la pubertà, o presso a poco, la malattia è propriamente denominata distorsione. Le malformazioni dello utero sono congenite. Talvolta è piuttosto difficile distinguere una malformazione da una distorsione dell'utero.

Per *versione dell'utero* (*rotazione* in dietro o in avanti sull'asse trasversale) s' intende un' inclinazione dell'organo in avanti, in dietro o di lato, secondo i casi, che costituiscono l'*antiversione*, la *retroversione*, la *lateriversione* (*destra* o *sinistra*).

È molto comune il caso che la *versione dell'utero sia congiunta a flessione* dell' organo, benchè in taluni casi l' asse dell' utero sia realmente inalterato e vi sia versione pura e semplice.

Altra conseguenza frequente è che vi ha un certo grado, spesso avanzatissimo, di *spostamento dell' utero*, una alla distorsione. La flessione dell' utero per necessità implica un grado di spostamento del suo corpo o del collo. Così, in un caso di retroflessione il fondo dell'utero è relativamente molto più in basso, nella pelvi, dell'utero sano e perciò è « spostato ». Ma vi sono due specie distinte di spostamento. Talvolta troviamo che l' utero in totalità non è spostato ma alcune delle sue parti non stanno nel loro solito sito. Per lo più, però, vi è tanto uno spostamento relativo dell'utero, quanto uno generale. Nulla è più comune infatti della seguente regola, la quale ha eccezioni, che con una notevole discesa dell' utero nella pelvi va congiunta un'accentuata distorsione.

La parola *prolasso* si usa piuttosto largamente. Da alcuni si applica ai casi in cui l'utero è soltanto parzialmente protuberante, la parola *procidenza* si usa per indicare il completo prolasso dell'utero. Usando la parola prolasso nel suo più ampio significato, osserviamo che molto spesso il prolasso si accompagna a distorsione dell'utero, tanto quando il prolasso è ad un grado leggero, quanto nei casi in cui vi è il prolasso.

Nei capitoli seguenti si troveranno molte figure illustrative.

Natura complessa dei casi. — Dalle precedenti osservazioni, risulta ad evidenza che vi sono molte complicazioni possibili, e, in realtà, è molto raro il vedere una di queste condizioni, versione, flessione o prolasso dell'utero, in una forma semplice.

Questo è un punto importantissimo, giacchè, se non si considera debitamente, è impossibile progredire nella conoscenza dell'argomento. I casi che si osservano in pratica per lo più sono complessi e, ordinariamente, sono complessi sotto diversi aspetti. Sono tali, non solo meccanicamente, ma altresì per la concomitanza di varii disturbi vitali o funzionali. Così, le flessioni e gli spostamenti dell'utero quasi sempre non sono che una parte, benchè molto importante, dell'affezione che realmente si osserva. Lo stato generale dell'organismo, quello dei tessuti uterini, possono variare moltissimo nei diversi casi, e, quando ci facciamo a considerare il numero delle possibili varietà di forma e di posizione dell'utero, risulta evidente che il numero delle complicazioni possibili è quasi infinito. Sicchè, il dire che una data inferma abbia un'antiflessione dell'utero è dire molto poco: il caso può avere una leggera o una grande importanza; si può con sicurezza abbandonare a sè stesso o può reclamare molta attenzione. Noi dobbiamo studiare la storia del caso, il grado preciso dell'antiflessione, la posizione precisa di tutto l'utero nella pelvi, lo stato fisico dei suoi tessuti, il volume e la spessezza delle sue pareti e, nel formarci un adeguato criterio del caso, dobbiamo fare entrare come elemento importantissimo lo stato generale e l'attività del processo nutritivo.

Frequenza delle distorsioni e degli spostamenti dell'utero. — È cosa importantissima il determinare la reale frequenza con cui nella pratica s' incontrano qneste alterazioni dell'utero. Ecco il frutto della mia esperienza: —

Durante un periodo di poco più di quattro anni, da Agosto 1865 a Dicembre 1869, io presi nota di tutti i casi curati nell'Ambulatorio esterno dell'University College Hospital. Le inferme di ogni genere vedute furono 1205 [1]. Fra esse 714 presentavano sintomi

---

[1] Questi dati, avuti nell'ospedale, furono pubblicati per la prima volta nella 3ª ed. di questa opera, 1872.

uterini. Su queste 714, furono sottoposte ad un esame interno 620, e così fu fatta la diagnosi. In 94, questo esame non fu fatto.

Sulle 620 donne esaminate, 61, o il 9,8 per cento, avevano mancanza o malformazione dell'utero, o semplicemente varie affezioni sintomatiche.

182 o il 29,3 per cento, avevano fibroma, cancro o cellulite pelvica.

377, o il 60,8 per cento, presentavano la forma dell'utero materialmente cambiata, o alterata notevolmente la sua posizione.

Questi 377 casi si suddividono inoltre nel seguente modo : —

Flessioni	Retroflessioni,	112	296	377
	Antiflessioni,	184		
Prolassi	. . . .		81	

Oltre a ciò, « i casi di flessione molto frequentemente erano accompagnati da alterazioni di struttura dell'utero, da ipertrofia congestiva, ecc., che, secondo le opinioni attuali, si chiamerebbero di congestione, ma, appunto in quei casi in cui i sintomi d'irritazione erano accentuatissimi, si trovarono gravi e ben confermate flessioni ».

Si vede, perciò, che nel 60,8 per cento delle donne dell'Ambulatorio esterno, le quali presentavano sintomi uterini di tale importanza da imporre la necessità di fare un esame delle parti, si scovrirono notevoli cangiamenti fisici di forma, di volume o di posizione dell'utero.

Il numero totale dei casi notati, come sopra ho detto, fu di 1205, di 714 dei quali si è fatta quì sopra l'analisi. Restano 491 casi, i quali abbracciano molti casi di sifilide o gonorrea, di gravidanza, di debolezza generale, di abuso dell'allattamento, di malattie della vescica o dei genitali esterni, di phlegmasia dolens, di tumori o infiammazioni delle ovaje, e casi di diagnosi dubbia nonchè di malattia di organi diversi da quelli della generazione, ecc.

Le precedenti statistiche dànno la proporzione secondo cui si possono osservare le distorsioni e gli spostamenti fra le inferme dell'ospedale, almeno a Londra. Lasciando da parte questi risultati ottenuti nella pratica dell'ospedale, è più difficile giungere a conclusioni degne di essere tenute in conto circa la frequenza delle distorsioni e spostamenti nella classe delle inferme che appartengono alla pratica privata, la maggior parte delle quali sta nelle classi elevate della Società. Io, pertanto, ho notato le seguenti particolarità relative a sei anni di pratica privata recente, collo scopo di giungere a qualche conclusione sulla questione della frequenza relativa delle forme di malattia uterina.

Bisogna premettere che le statistiche dei sei anni sono imperfette

per un lato, giacchè non includono un certo numero di casi, massime di quelle inferme vedute in consulto lungi dalla mia residenza, e che sono inevitabilmente sfuggite alle mie note.

Tutti i casi notati in sei anni (1140) includono: —

Cancro uterino o vaginale	27
Fibroma e polipi	60
Diagnosi di gravidanza.	33
Flessioni e spostamenti dell'utero (veggansi sotto le spiegazioni)	709
Miscellanea, cioè:	
a. Malattie degli organi diversi dai sessuali	311
b. Casi di malattia degli organi sessuali, in cui non si è fatto esame fisico ;	
c. Varie malattie degli organi sessuali, non incluse nella precedente lista	
	1140

Nella precedente lista abbiamo detto che avevano flessioni o spostamenti uterini 709 inferme. Bisogna spiegare quest'asserzione. Forse vi furono parecchie altre inferme alle quali si sarebbe fatta diagnosi di queste affezioni se si fossero esaminate. I 709 casi sono messi insieme perchè appartenevano ad una sola classe. I sintomi erano così gravi o molesti da rendere necessario un esame, dal quale fu dimostrata la loro dipendenza dall'utero. In pochi casi fu esplicitamente detto che l'utero si era trovato anormale, ed essi sono anche compresi in questa categoria, poichè i sintomi osservati furono simili a quelli che ordinariamente si presentano quanto vi è flessìone o spostamento, e non si scovrì nessuna malattia di nessuno altro organo a cui si avessero potuto attribuire.

Flessioni (anti — 488, retro — 180).	668
Prolasso dell'utero senza flessione	6
Semplice ingrossamento o allungamento esagerato dell'utero	11
Allungamento ipertrofico cervicale.	3
Utero normale	4
Casi di anti-e retroflessione alternate	2
Lateriflessione	3
Flessioni accompagnate da gravidanza	12
	709

Sotto il nome di miscellanea son compresi varii casi di leggera alterazione degli organi sessuali, in alcuni dei quali fu fatto l'esame ed in molti no, son compresi, inoltre, i casi in cui fu fatta diagnosi di malattia delle ovaje dietro l'esame fisico o di altro genere, e pochi altri in cui non si trovano affatto alterati gli organi sessuali. Questi ultimi, però, non furono tanti da modificare la conclusione imposta da questi dati statistici.

Dando uno sgnardo generale alle precedenti statistiche, possiamo riassumerle nel modo seguente: —

Fra 1100 inferme le quali credevano di avere qualche alterazione riferibile agli organi sessuali, o che il loro medico curante riteneva avessero malattie di questo genere, dopo un attento studio ed uno scrupoloso esame fisico, 700 furono trovate sofferenti di accentuata flessione o spostamento dell'utero; 87 avevano cancro o fibroma, restano più di 300 classificate sotto varii capi nella precedente lista.

Le statistiche della mia pratica privata mostrano dunque che, in circa il 70 per cento delle donne che ricorsero al medico, vi erano flessioni e spostamenti e, a parer mio, erano la causa delle sofferenze per le quali lamentavansi le inferme. Dicendo che in questo gran numero di casi vi erano flessioni e spostamenti non intendiamo asserire che erano le sole alterazioni presenti. Pochi di questi casi non mostravano nessuna complicazione. Ma quasi tutti erano realmente gravi, non essendovi inclusi che quelli in cui le sofferenze erano o erano state molte, e la cui diagnosi non era affatto dubbia.

CAPITOLO XV.

SPOSTAMENTI E DISTORSIONI DELL'UTERO (FLESSIONI).
3. ETIOLOGIA.

Etiologia.—Statistiche dei casi della pratica privata, che mostrano la frequenza dell'offesa o accidente meccanico o fisico.
Classificazione delle cause—1. Predisponenti: esagerata mollezza dell'utero per cattiva nutrizione (esaurimento cronico) – Per subinvoluzione – Prostrazione fisica – Rottura del Perineo – Gravidanza pregressa. 2. Occasionali: Accidenti — Sforzi — Esercizii speciali—Matrimonio. 3. Cause generali.

Negli ultimi anni decorsi, mi sono studiato di determinare la causa dello spostamento o della distorsione nei casi di questo genere che capitavano sotto la mia osservazione. In molti casi, mi fu possibile rintracciare nella storia precedente le cause speciali che potevano darmi ragione di essi. Ho avuto una speciale attenzione ad evitare, per quanto era possibile, le sorgenti di errore nello stabilire il rapporto di causa ad effetto.

È cosa notevole che frequentemente la causa speciale dello spostamento o della distorsione fu qualche offesa meccanica esterna. I seguenti dati confermano questo fatto.

Dai casi raccolti durante sei anni, ne ho scelto 340, in cui le donne erano nubili o, se maritate, sterili, e coll'utero anti - o retroflesso. Ad arte ho escluso per ora quei casi in cui le inferme avevano avuto figli, giacchè in queste il parto o il puerperio dànno luogo a considerazioni diverse.

Sembra che in 149/340, o nel 43 per cento dei casi di flessione in donne nubili o, se maritate, sterili, la causa fosse chiaramente riferibile ad uno dei sopradetti agenti.

È giusto dire che, in tre dei suddetti casi, le inferme avevano avuto aborto, prodotto, insieme allo spostamento, da un accidente o sforzo.

340 Casi di inferme nubili o sterili con flessioni dell'utero.

Cause evidenti della flessione	Retro-flessioni	Anti-flessioni	Totale
Sforzi, il sollevare o trasportare pesi, l'allevare bambini lo stare in piedi, il ballo, la ginnastica, il nuoto, ecc.	13	49	62
Cadute o altri accidenti	11	18	29
Il cavalcare	6	9	15
Il camminar molto	8	7	15
Il suonar l'organo e l'armonium	1	3	4
I lunghi viaggi in ferrovia	1	1	2
Ritensione di urina durante un viaggio in ferrovia	1	1	2
Spavento	0	1	1
Mal di mare (tre mesi di viaggio)	0	1	1
Rosolia	1	0	1
Febbre scarlattina o tifoide	2	11	13
Sospensione della mestruazione per freddo	0	3	3
Sospensione della mestruazione prodotta dai bagni di mare	0	1	1
	44[1]	105[2]	149

[1] Scelti da 83 casi } 340
[2] Scelti da 257 casi }

Gli sforzi prodotti dal sollevar pesi, dall'allevar bambini, ecc. furono una causa molto comune — 62 volte su 149 casi. Per lo più, sono seguiti da effetto nelle inferme che li sopportano senza avere la conveniente attitudine o robustezza. Sembra che sia molto pericoloso l'allevare bambini e il sollevare pesi; questa specie di sforzo o le occupazioni che richiedono di star molto in piedi furono la causa riconosciuta in molti casi; l'appendersi ad una corda, il cavare il turacciolo da una bottiglia, il trascinare un bambino, lo sforzarsi a cambiar mobili di posto, il remare, il cucire a macchina, il sollevare una persona inferma dal suolo, il sollevare un fagotto di panni, furono le cause scoverte in altri casi. Possiamo anche ricordare i movimenti ginnastici inutili, ed uno o due casi riferibili all'abuso del nuoto.

Nel quadro soprariportato, sono compresi molti casi di caduta o altri accidenti. Trovo anche casi di retroflessione riferita ad un salto da una gradinata, ad salto da una carrozza, ad una caduta da carrozza, ad un salto da cavallo, o cadute sul dorso, sul suolo, dalle scale, ecc. Possiamo ricordare casi di antiflessione dovuti ad un salto da carrozza, al ruzzolare lungo tutta una gradinata, alla caduta dal di dietro di una carrozzina, a caduta da cavallo, allo sdrucciolare dalle scale, alla caduta da uno scalino, al salto da cavallo, alla caduta da cavallo rimanendo sotto lo stesso.

In parecchi casi fu chiaramente stabilita come causa l'equitazione. In un caso, indirettamente produsse uno spostamento per la prolungata ritensione di urina. Sembra che sia positivamente dannosa l'equitazione per le giovani donne deboli che non ne conoscono bene l'arte.

Molti casi furono dovuti all'abuso del camminare. Alcune volte produssero retroflessione le lunghe ascensioni di montagne, le lunghe passeggiate quotidiane, e le prolungate corse per raggiungere un equipaggio. Talvolta produssero antiflessione le lunghe passeggiate su per le colline, il camminare sforzato o durante il periodo mestruale, ecc. In pochi casi fu dannoso suonare l'organo o l'armonium. Non è necessario fare speciale menzione dei casi in cui vi fu ritensione di urina durante un lungo viaggio in ferrovia, spavento ecc.

Quattordici volte la causa fu la rosolia, la febbre scarlattina o la febbre tifoide. Noi abbiamo notato questi casi, giacchè il loro studio dimostrò che l'affezione uterina ebbe origine dalle ordinarie passeggiate durante la convalescenza delle suddette malattie. L'utero, indebolito insieme agli altri organi del corpo, non resse all'ordinario esercizio, e perciò la sua affezione fu riferita alla pregressa febbre.

Le cause delle distorsioni e degli spostamenti uterini si possono dividere in tre classi — predisponenti, occasionali e generali.

Predisponenti: —

Insolita mollezza dell'utero —

Per cattiva nutrizione (esaurimento cronico).

Per subinvoluzione consecutiva alla gravidanza.

Prostrazione fisica generale e debolezza, per febbre, ecc.

Rottura del perineo.

Gravidanza pregressa.

Occasionali: —

Accidenti.

Sforzi.

Cadute.

Accidenti in ferrovia e in vettura.

Moto esagerato —

Lunghe passeggiate a piedi o in carrozza.

Moto esagerato durante la mestruazione.

» » » » gravidanza.

Abuso di moto subito dopo il parto.

Esercizii speciali —

Equitazione.

Ginnastica (fatta male).

Giuoco della palla a corda ecc. (abuso).

Occupazioni speciali —

Quelle per cui bisogna star molto in piedi.

Quelle per cui bisogna trasportare e sollevare pesi.

Il lavare.

Il cucire a macchina.

Gli sforzi di defecazione, ecc.
Il matrimonio.

Generali. —
La più importante delle cause predisponenti, forse è l'*esagerata mollezza dell'utero* che può dipendere da cattiva nutrizione, sia nelle nubili sia in quelle che hanno avuto figli. Noi abbiamo già descritto questo stato dell'utero (p. 61). La *prostrazione generale e la mollezza* prodotte da febbre sembra che siano energiche cause predisponenti (veggasi la lista dei casi a p. 133). La clinica mostra che le flessioni uterine possono incominciare quando si cammina o si fanno sforzi durante uno stato di debolezza consecutivo a febbri. La *rottura del perineo* è una causa predisponente speciale : il sostegno della parte inferiore del canale vaginale manca , per cui vi è una grande predisposizione allo spostamento dell'utero ed alla flessione dell'organo.

La *gravidanza pregressa* predispone alla flessione in diversi modi. Abbiamo già parlato dell'influenza della rottura del perineo, (se vi è). Ma vi può essere una predisposizione d'altro genere. Così, se l'utero resta in uno stato di subinvoluzione, il semplice peso dell'organo tende a produrre flessioni. Se esso resta più molle del solito, come nella sub-involuzione, la predisposizione sarà maggiore. Il rilassamento degli attacchi dell'utero è spesso grande durante la gravidanza ed il parto, ed anche se non si scovre nessuna lesione, la normale fissazione dell'utero può essere perduta od esservi una predisposizione alla flessione.

Le gravidanze ripetute nelle donne mal nutrite tendono ad indebolire moltissimo l'utero ; questo riposa poco ed ha appena tempo di riaversi dagli effetti di una gravidanza prima che se ne manifesti un'altra. In ultimo, l'utero si flette, la flessione diviene definitiva, e ne risultano gli aborti o la sterilità (secondaria).

Cause occasionali delle flessioni. — In primo luogo, possiamo richiamare alla memoria le statistiche date a pag. 133, ma è necessario parlare più diffusamente delle diverse cause occasionali.

Sono molto importanti gli accidenti che implicano *sforzi*, *cadute*, e gli *accidenti* in *ferrovia* o in *vettura*. Vi è appena bisogno di fare rilevare il fatto che l'utero può essere molto seriamente spostato ed offeso da gravi accidenti. Nel mio libro di note è considerevole il numero dei casi di grave offesa dell'utero prodotta da queste cause. La natura dell'offesa, generalmente, giusta la mia esperienza, non si comprende nell'epoca dell'accidente; l'inferma si sente male, per lo più non si è rotto nessun osso, vi è una grave commozione , i cui effetti durano poche ore , pochi giorni o più , e gradatamente l'ammalata si libera dal dolore e non resta altra memoria del fatto,

Ma, più tardi, si scovre che l'inferma è più o meno completamente debilitata, ed un'attenta osservazione fa scovrire che l'utero è spostato e distorto, e lo studio dei fatti dimostra positivamente che il malessere o l'incapacità datano dall'epoca in cui avvenne un qualche accidente. Uno dei primi casi di questo genere, che io osservai, fu quello di una giovane signora la quale, viaggiando in vettura, era caduta e ne aveva riportato acuta retroflessione dell' utero. Le notizie relative a molti casi analoghi che io posseggo costituiscono la prova irrefragabile dell'azione degli accidenti nel produrre questi spostamenti e distorsioni.

L'effetto di una grave concussione sull'utero varia secondo i diversi casi e secondo che è accompagnata o no da energico sforzo. Non è raro che la concussione e lo sforzo si accompagnino insieme. Vi è la caduta, e lo sforzo muscolare per evitare questa o l'accidente. Nell' ultimo caso, lo spostamento dell'utero probabilmente è maggiore. I fatti che io conosco mostrano che l'utero può essere forzatamente spinto in giù sul piano inferiore della pelvi o verso la parte posteriore di questa — per esempio, in uno dei suoi angoli — ovvero può essere realmente scacciato dalla vagina (almeno io ho visto un caso di quest'ultimo genere in un' inferma che aveva avuto un figlio e che mentre stava in piedi, scivolò dalla tavola su cui stava in piedi, sul pavimento). Più spesso, l'utero non solo è spinto in giù verso il piano della pelvi, ma, al tempo stesso, s'incurva in dietro e in avanti molto acutamente. Il Dr. Squarey credeva che la rottura delle fibre uterine avvenisse nei casi di flessione acuta repentina, ed io ritengo possibile questo fatto. In tutti i casi, non è raro che, dopo tali accidenti, venga fuori un po' di sangue dalla vagina. L'effetto del colpo o concussione probabilmente varierà secondo la posizione dell' inferma, nel momento in cui avvenne, e secondo lo stato dell'utero; ma, quando si studia il caso, si vede che l'utero resta sul piano inferiore delle pelvi o in uno dei suoi angoli o che è antiflesso o retroflesso. In alcuni casi eccezionali l'organo sta totalmente in basso, e il corpo dell'utero non è rivolto nè in avanti nè in dietro dopo l'accidente o colpo ricevuto. È una cosa importante da notare che, quando le ossa sono rotte o hanno luogo altre notevoli lesioni, l'offesa interna dell'utero può essere mascherata o sfuggire alle osservazioni. Io debbo notare due casi di questa natura. Uno fu quello di una signora che cadde riportando offesa al sacro; rimase inutilizzata per qualche tempo, poi cominciò ad uscire ed a cavalcare molto e, finalmente, divenne paraplegica, com'è naturale, fu attribuita la malattia ad offesa della spina, ma si dimostrò che dipendeva da una retroflessione dell'utero, e l'inferma guarì completamente ridando a quest'organo la sua forma. Un altro caso fu quello di una giovane signora che cadde e si ruppe un braccio; alcuni mesi

dopo questo accidente, fu richiamata l'attenzione da un'ostinata nausea, e si trovò che l'utero era stato violentemente spostato verso uno degli angoli posteriori della pelvi.

Un violento sforzo può produrre una grave flessione. A questa classe di casi si può ascrivere quello di un'inferma non abituata affatto a fare sforzi, la quale nell'alzarsi, cadde repentinamente dalla sua sedia, riportando grave flessione uterina. Un altro caso è quello di una giovane signora la quale, per fare una bravata, attraversò una stanza portando una pesantissima forma di cacio, procurandosi una grave flessione dell'utero che la rese invalida.

Le passeggiate possono produrre flessione acuta, o possono darvi origine lentamente se si proseguono in tutti i giorni. Le passeggiate lunghissime sono certamente pericolose per quelle donne che non vi sono abituate. Le giovani donne maritate da poco, incapaci a tali continui sforzi, spesso si procurano gravi inconvenienti andando in giro tutti i giorni durante la luna di miele. Le lunghe ascensioni per luoghi alpestri le donne giovani non debbono intraprenderle, ammenochè non vi siano educate ed abbiano valida salute; e, se vi è una prodisposizione alla flessione, possono averne gran danno. Una volta produsse grave retroflessione .« una corsa di 10 miglia per raggiungere una vettura. » Le lunghe passeggiate spesso procurano gravi inconvenienti alle giovani donne che vanno a scuola, quando non sono « forti » e sono perciò predisposte alla flessione. Sembra che le lunghe passeggiate sieno maggiormente pericolose quando si fanno dnrante il periodo mestruale, senza dubbio perchè l'utero in quest'epoca è più pesante, più grosso e più vascolare e, perciò più soggetto a spostarsi. Non di raro, le lunghe camminate sono causa di aborto nel secondo o terzo mese, prodotto dallo spostamento o dalla flessione dell'utero. Un'altra classe importante di casi è quello in cui troppo presto dopo il parto si comincia a camminare molto, mentre l'utero è ancora pesante ed in uno stato di subinvoluzione.

L'equitazione può produrre flessioni dell'utero. Può sorgere subitaneamente o a poco a poco, ma non è facile che avvenga se la donna è forte e abituata al cavalcare. Sembra, però, che questo genere di esercizio non sia immune dell'inconveniente di poter produrre grave alterazione uterina, pur quando si fa con giudizio. È dimostrato ad evidenza che l'utero può essere spinto verso il piano inferiore della pelvi, formandovisi in generale una flessione in dietro o in avanti molto accentuata. Se non vi è nessuna speciale predisposizione alla flessione, il cavalcare può essere un esercizio innocuo, ma non si è mai certi di questa innocuità.

Alcuni pochi casi di flessione avanzata sono stati senza dubbio prodotti dall'abuso degli esercizii ginnastici. Due volte seguì forte flessione per un salto da una considerevole altezza; una volta fu pro-

dotta grave e molestissima retroflessione per l'atto di sollevare il corpo dalla posizione orizzontale senza far uso delle braccia. In due casi, la causa fu chiaramente il remare.

Il Dr. Aveling, il quale ha pubblicato un'eccellente opera « On the Influence of Posture on the Health of Women » (Dell'influenza della posizione sulla salute delle donne), dice che lo stare in piedi ha grande influenza nel produrre malattie giacchè la gravitazione dà origine a pienezza dei vasi. Egli ritiene che lo star seduti sovra un seggiolone non sia una cosa naturale e produca danno, e preferisce lo ster seduti sul pavimento. Anche secondo la mia esperienza, l'ordinaria posizione seduta, se prolungata, è dannosa, ed io ho visto molti casi in cui essa non si potè affatto tollerare. Ma io non so se lo stare a sedere sul pavimento produca o no tali inconvenienti.

L'abuso del giuoco della palla a corda per le donne predisposte alla flessione non è privo di pericolo quantunque, in altre circostanze, sia innocuo.

Un'altra classe di cause comprende certe occupazioni speciali le quali richiedono che si stia molto in piedi. Le giovani donne che per molte ore consecutive stanno in piedi innanzi ad un banco spesso hanno flessione dell'utero, la quale si manifesta più presto se vi sono predisposte. Non di raro osserviamo di questi casi nella pratica dell'Ospedale. Il Dr. Edis recentemente ha reso un buon servizio richiamando l'attenzione del pubblico sui dannosi effetti prodotti dallo star molto in piedi, fra i quali certamente bisogna porre la grave flessione dell'utero.

L'occupazione di allevare bambini rendendo necessario, almeno in certe occasioni, il sollevare bambini ammalati o lo stare molte ore insieme ad essi, può produrre forti flessioni quando trattasi di giovani donne che non sono robuste e bene addestrate a questo mestiere. Io ho osservato molte volte che una grave flessione uterina, prodottasi nell'assistere un parente ammalato, dette origine a cattiva salute o debilitamento.

Il lavare panni forse è il mestiere più penoso per gli attacchi e per i ligamenti dell'utero. Può produrre grave flessione, benchè sia più comune il caso che l'abuso in questo genere di lavoro produca un prolasso reale. L'uso delle macchine da cucire, il sonare l'armonium o l'organo sono occupazioni che dobbiamo qui ricordare, avendo esse, in alcuni casi da me osservati, prodotto forti flessioni uterine.

Gli sforzi del defecare sono una conseguenza ed una causa della flessione uterina. Nulla e più comune che il veder donne in cui lo spostamento e la flessione dell'utero dànno origine a costipazione. Lo sforzo necessario a liberare l'intestino aumenta la già esistente flessione. Ciò avviene sovratutto nella retroflessione. Io ho visto un

caso di retroflessione in cui il fondo dell'utero fu spinto in giù da un energico sforzo nello sfintere dell'ano, otturando il canale come una valvola a palla.

Fra le cause di flessione dobbiamo anche ricordare il matrimonio. Quando vi è la predisposizione alla flessione e l'utero è molle e debole, il coito, frequentemente, è molto dannoso, e, in tali casi, il matrimonio può produrre una molesta malattia dell'utero per l'influenza alterante, di natura meccanica, che l'organo deve subire.

Sotto il nome di cause *generali* di flessione, bisogna intendere quelle che non sono state comprese nelle classi precedenti. È probabile che, se fosse nota la storia di ciascun caso, sarebbe abbastanza evidente la sua causa. Io, moltissime volte, ho potuto scovrirla e, qualche volta, quando l'inferma già da qualche tempo era sotto cura. Spesso passano inosservati, e quindi si dimenticano lievi accidenti ed anche alcuni importanti. Senza dubbio, in molte donne la flessione si manifesta gradatamente ; la causa in atto, e che tende a produrla, non ha un'azione grave, ma, dopo un certo tempo, produce un effetto sensibile per la semplice persistenza di un lento attacco. Allora, per lo più, vi è una leggera predisposizione, e quantunque gli sforzi o il moto che l'inferma fa non siano superiori all'ordinario, pure oltrepassano quella proporzione che può essere sopportata, ed in ultimo, forse dopo molti anni, trovasi nell'utero una forma grave di flessione. Le giovani donne mal nutrite, il cui organismo non è resistente e che sono costrette dalla loro occupazione a stare in piedi o a camminare o a fare altri sforzi — per esempio le aje che debbono ogni giorno fare lunghe passeggiate coi loro alunni di esse più robusti — presentano numerosi esempj della verità di queste osservazioni.

CAPITOLO XVI.

SPOSTAMENTI E DISTORSIONI DELL' UTERO (FLESSIONI).
1. CLASSIFICAZIONE ED EFFETTI PATOLOGICI.

CLASSIFICAZIONE DELLE FLESSIONI E RELATIVI SPOSTAMENTI. — Effetti patologici. 1. Sede della flessione; 2. Variazioni nello stato dei tessuti dell'utero; 3. Varie specie di flessione o versione (rotazione); 4. Varietà di posizione di tutto l'utero.

EFFETTI PATOLOGICI DELLE FLESSIONI, Rapporto colla congestione, Rapporto coll' ipertrofia dell'utero — Contrazione del canale cervicale — Cangiamenti nell'utero, Atrofia, Compressione nella sede dell' incurvamento, Sensibilità in quest'ultimo sito — Persistenza della distorsione dell'utero — Cangiamenti della bocca dell'utero.

Una delle principali cause del disaccordo circa la flessione dell'utero è la mancanza di valutazione del fatto che le flessioni variano molto nei diversi casi. Per superare questa prima difficoltà e necessario fare una classificazione delle varietà osservate.

CLASSIFICAZIONE DELLE FLESSIONI DELL' UTERO E RELATIVI SPOSTAMENTI.

1. *Sede dell'incurvamento.* — La sede più comune è la bocca interna dell'utero, ovvero circa il punto medio fra la bocca esterna dell' utero e l' apice del fondo. Il Dr. Emmet, parlando specialmente delle antiflessioni, adotta una classificazione speciale. Egli parla 1) delle flessioni del collo, inferiormente al punto di congiunzione colla vagina, e 2) delle flessioni del corpo dell'utero. Egli ritiene le prime congenite, e la seconde possibili dopo la pubertà. Io non divido la sua opinione circa alla natura congenita della prima varietà, ma è un fatto che la maggior parte degli incurvamenti in molti casi sono nella parte inferiore. Nella maggior parte dei casi, gli incurvamenti passionano una notevole parte del canale uterino, la parte superiore del collo come la più bassa del corpo dell'utero.

2. *Variazione nello stato dei tessuti dell'utero* associata a flessione. Essa è molto importante per la classificazione delle flessioni.

a. L'utero può essere estremamente molle, appena più resistente di una carta da involti umida. La riduzione della flessione è facile, ma la riproduzione forse non si osserva finchè l'inferma non ricomincia a muoversi.

b. Moderatamente molle, ipertrofico nel fondo e nel collo, congesto ed ipertrofico; la riduzione è facile, la riproduzione quando si ritira la sonda non è immediata.

c. Normalmente duro, ma ipertrofico nel fondo e nel collo — in uno o in amendue; riduzione difficile, riproduzione immediata nel ritirare la sonda.

d. Estremamente duro, la bocca forse molto ipertrofica, le labbra arrovesciate e congeste, molta ipertrofia del collo dell'utero. Riduzione molta difficile o possibile soltanto con uno sforzo prolungato.

e. Variazioni della spessezza delle pareti uterine, massime nella sede della flessione.

3. *Varie specie di flessione e versione.* —

a. Antiversione (rotazione anteriore) pura e semplice.
b. Antiflessione, primo grado
c. » secondo grado
d. » terzo grado
} con varii gradi di rotazione anteriore.
e. Retroversione (rotazione posteriore) pura e semplice.
f. Retroflessione, primo grado
g. » secondo grado
h. » terzo grado
} con varii gradi di rotazione posteriore.
j. Lateriflessione, destra o sinistra.
k. Antiflessione con consecutiva rotazione posteriore; l'utero ancora conserva la sua flessione anteriore.

Anti - e retroflessione alternate.

Vi sono differenze anche meno accentuate delle sopradette che si possono osservare, e le differenze che passano fra il primo, secondo e terzo grado di flessione possono non essere determinabili con facilità e precisione, ma, nella pratica, una definizione approssimativa del grado di flessione presente, in generale, è possibile.

4. *Variazione nella posizione di tutto l'utero.* —

a. Utero spinto in dietro o sul piano inferiore della pelvi, con o senza flessione (non comune).

b. Utero prolassato, in uno stato di retroflessione più o meno completa (questa forma va meglio compresa sotto il titolo « prolasso »).

c. Utero più in alto del solito nella pelvi, ma flesso (molto raro).

d. Utero flesso, in varii modi e gradi (veggasi la lista precedente)

e che sta più in basso del solito nella pelvi (questa è la forma più comune).

Ora mi propongo di chiamar l'attenzione sovra alcuni degli effetti patologici delle flessioni dell'utero. La figura 34 rappresenta la spessezza comparativa delle pareti dell' utero, in una sezione verticale d'avanti in dietro. Quale sarà l'effetto dell' incurvamento sull' utero? È ovvio che debba produrre una pressione sui tessuti dell'organo nel sito dell'incurvamento (veggasi fig. 35). Questa compressione è inevitabile. La distanza fra la parete esterna e l'interna coll'andar del tempo diminuirà, quantunque, forse, non immediatamente. La diminuzione della spessezza delle pareti dell' utero sarà maggiore nella parte concava dell' incurvamento. Vi sarà una diminuzione del diametro nel sito della flessione (*a*, *b*, *c*), e l'effetto generale sarà la manifestazione di una forza compressiva nella parte media dell' utero che si spiega sovra i suoi tessuti (veggasi fig. 35). Gli effetti di questa compressione che ritarda la circolazione dell'organo e produce la sua *congestione* acuta sono stati già discussi a p. 71 nel parlare della congestione dell' utero. La sua azione nel produrre uno « strozzamento » dell' utero è stata anche descritta allora. Secondo me, è una conseguenza inevitabile che la circolazione, nella parte superiore dell'utero, debba essere notevolmente difficile quando sull'utero e suoi vasi ha luogo la suddetta compressione, a causa della quale la parte superiore dell' organo giunge a contenere una quantità di sangue maggiore del solito. Diviene molto pesante e più grossa. Oltre la congestione, vi ha insolita sensibilità, in certi casi ad un grado straordinario; e questi due fatti costituiscono i più importanti fenomeni, meno nell'antiflessione che nella retroflessione, ma, anche in alcuni casi di antiflessione, molte volte la congestione e la sensibilità sono accentuate. Questa compressione nella parte media dell'utero nei diversi casi produce varii effetti. Dopo un certo tempo, se la flessione non è molto acuta, l'utero vi si può abituare, e, passato un certo periodo, diviene meno molesta per esso. L'utero acquista una certa tolleranza, ma, quando questa tolleranza manca o, come spesso avviene, la malattia aumenta, osserviamo i seguenti effetti; il fondo dell' utero è sensibile e gonfio, la inferma trovasi



fig. 34.

in uno stato di malessere che difficilmente è superato da quello di qualunque condizione fisica di altri organi del corpo. La compressione meccanica dell' utero è un fenomeno a cui io annetto grande importanza nella storia naturale di questi casi. Un importante effetto dell'ostacolo meccanico alla circolazione uterina che sorge per la flessione, è quello relativo alle funzioni mestruali. Come ora vedremo, la flessione produce restringimento della bocca dell'utero, sicchè i prodotti mestruali non possono uscirne con facilità. Ma la congestione cronica dipendente da flessione altera il liquido mestruale sotto un altro aspetto; talvolta la quantità è enormemente aumentata; in altri casi, è tanto diminuita, da essere molto scarsa. Non di raro, si osservano donne, le quali per un certo tempo hanno avuto una profusa mestruazione che poi si è fatta scarsissima. Questi risultati dipendono — come molte volte ho accertato — evidentemente dall' ostacolo meccanico alla circolazione generale dell'utero che una grave flessione può produrre.

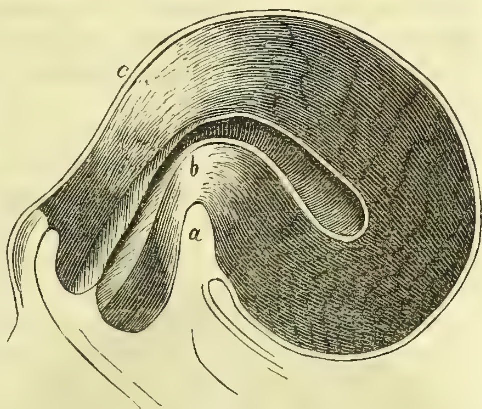


fig. 35.

Un altro effetto è l'*ipertrofia dell'utero*, il generale ingrossamento dell'organo, conseguenza di una prolungata congestione, per la quale si depositano materiali fra gli interstizii dei tessuti. Nel capitolo sulla *Congestione dell' utero*, abbiamo detto che esso è un organo il quale ha una notevole tendenza all'ipertrofia: la congestione prolungata produce iportrofia di quelle parti che sono congeste. L'ipertrofia passiona non solo il fondo dell'utero ma le parti che stanno intorno alla sua bocca, ove, infatti, gli effetti sono tanto considerevoli da avere richiamato negli scorsi anni troppo esclusivamente l'attenzione su questo punto dell'organo. Non di raro, si osserva che le labbra della bocca uterina sono moltissimo inspessite, sono molto più grosse del solito, e che la grossezza delle pareti del collo è doppia di quella normale. Infatti, in queste circostanze vi è una notevole ipertrofia di tutto l'utero, cioè non solo del collo ma anche del corpo. Il Dr. John Williams ritiene che l'ipertrofia osservata nei casi di flessione sia analoga a quella del cuore dipendente da stenosi degli orificii. A proposito dell' ipertrofia dell'utero, è necessario parlare dell' influenza della sua difettosa involuzione dopo il parto, la quale spesso è prolungata. Quando vi sono difet-

tosa involuzione e flessione allo stesso tempo, troviamo un'accentuata ipertrofia dell'organo. La sola flessione è sufficiente a produrla; ma, quando si accompagna ad imperfetta involuzione, l'ipertrofia è molto maggiore. Inoltre, insieme a questa ipertrofia del collo dell'utero, generalmente osserviamo: — un grande aumento di secrezione delle glandole cervicali e di altri punti, ed altri cangiamenti nella mucosa, che una volta ritenevansi di natura ulcerativa.

Discesa dell'utero in totalità. — Questo è un effetto comune della flessione, e, clinicamente, è uno dei più importanti che dobbiamo notare; in molti casi, è il punto di partenza del prolasso dell'utero; costituisce il primo passo verso questo in un considerevole numero di casi. Quando l'utero è flesso o rimane in questo stato, diviene una causa d'irritazione per l'inferma; essa emette con difficoltà il contenuto del retto, e le funzioni della vescica sono rese difficili, quantunque sotto un aspetto alquanto diverso; la conseguenza generale è che l'inferma deve frequentemente sforzarsi sia per defecare che per orinare. A causa di questi sforzi, l'utero è spinto in basso nella pelvi e, se si ripetono per settimane, per mesi o per anni, tutto l'organo giunge in ultimo ad occupare nella pelvi una posizione più bassa della normale. Nel fare l'esame delle parti, troviamo che la bocca dell'utero, in molti casi, sta in mezzo all'apertura della vagina, ovvero è corrispondentemente spostata in dietro e molto in basso. Io credo che questo sia il meccanismo del primo periodo del prolasso nove volte su dieci.

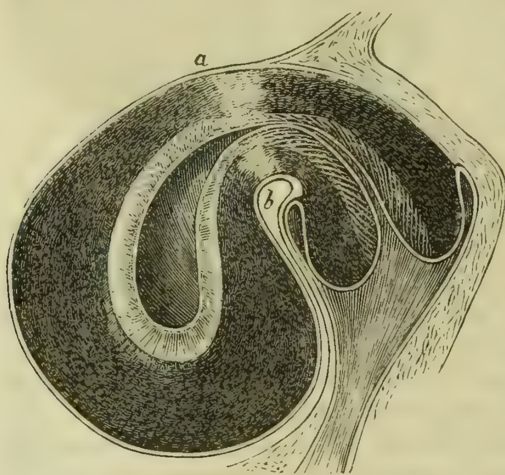


fig. 36 [1].

Gli effetti meccanici osservati sono molto importanti, e saranno descritti più diffusamente nel capitolo sul *Prolasso*.

La compressione e contrazione del canale cervicale sono un al-

[1] La figura 36 rappresenta un caso d'inveterata retroflessione dell'utero. Nelle mie lezioni, per maggior chiarezza, ho usato un modello di utero molto ingrandito e fatto da una spugna. Quando questo modello si curva acutamente, è molto chiara la compressione prodotta nella sede dell'incurvamento. In questo sito avviene un notevole addensamento.

tro importante effetto della flessione. Acciocchè la mestruazione possa avvenire facilmente ed acciocchè possa seguire la fecondazione, è necessario che questo canale sia pervio. La contrazione del canale cervicale è una delle cause comuni della dismenorrea e della sterilità, e, secondo la mia esperienza e le mie osservazioni, è un effetto diretto e quasi necessario della flessione dell'utero (veggansi i capitoli sull'*Antiflessione* e *Dismenorrea*). La contrazione del canale può essere prodotta da altre condizioni, ma la proporzione dei casi di contrazione dipendenti da altre cause non oltrepassa l'uno al tre o quattro per cento. — Io dovrei dire non più dell'uno per cento. È ovvio il meccanismo per il quale la flessione chiude il canale: se prendiamo una pera *jargonelle* [1] di ordinaria grandezza e scaviamo nel suo centro un piccolo passaggio del diametro di un ottavo di pollice, che comincia dal punto d'inserzione del picciuolo, questo passaggio rappresenterà approssimativamente l'ampiezza del canale cervicale nel punto in cui sbocca nella cavità dell'utero. In questo punto, che è la bocca interna dell'utero, il canale, nelle circostanze ordinarie, ha un diametro di un ottavo di pollice e, inferiormente a questo punto, esso è più ampio, ma, come la forza di una catena è rappresentata dal suo più debole anello, così l'ampiezza di un canale è rappresentata dalla sua porzione più ristretta, ove ci facciamo a considerare fino a qual grado è atto al passaggio del liquido. Guardando la spessezza delle pareti, grandissima rispetto al volume del canale cervicale, si può comprendere ciò che avviene quando l'organo si curva ad angolo acuto. Un solo effetto è possibile, cioè il considerevolissimo restringimento del canale (veggansi le fig. 35 e 36). Questa è la spiegazione della dismenorrea e la causa per cui ha luogo tanto frequentemente quando vi è flessione. Nei casi in cui questa ultima si manifesta con molta lentezza, producendosi in un periodo di molti anni, il restringimento può essere meno evidente in seguito al graduale arcuamento del canale; ma, quando la flessione è repentina ed acuta, esso è sovente molto accentuato.

In certi casi, vi è un reale restringimento nella bocca interna dell'utero o vicino ad essa, ed il canale, in questo sito, è col fatto ristretto; la sonda passa attraverso questa parte con una specie di sbalzo; ma molte volte non vi è che semplice restringimento virtuale. Il canale è ristretto ed ostruito a causa della forzata apposizione delle pareti opposte; sicchè, il passaggio dei liquidi è impedito, quantunque la sonda, se è bene introdotta, possa con facilità passare at-

[1] Chiamasi pera jargonelle una varietà di pera della quale in italiano non abbiamo un nome corrispondente. SCAMBELLURI

traverso la parte apparentemente ristretta del canale. Vi è stata una gran diversità di opinioni circa la frequenza del restringimento della bocca interna, ma, giusta la mia esperienza, esso non è molto comune; mentre d'altra parte, un'occlusione apparente si osserva spesso nei casi di flessione acuta. Lo stato di durezza e di mollezza in cui trovasi l'utero ha molta importanza rispetto all'esatta valutazione di questi casi, giacchè, quando l'utero è molto molle, la sonda, ove si tenga piuttosto fortemente, può penetrarvi con molta facilità, ed io ho veduto casi in cui non si scovrirono gravi flessioni perchè la sonda non incontrò ostacoli e penetrò nel modo normale. È certo che, in tali casi, la sonda raddrizzò l'utero penetrandovi.

Essendo il canale uterino più o meno impermeabile a causa della flessione, si producono varii altri effetti: come la ritenzione di liquidi nell'utero, la dismenorrea per la ritenzione, la leucorrea per la stessa causa e la sterilità. Nei varii capitoli relativi a questi argomenti si troveranno altre osservazioni.

Effetti prodotti sulle *pareti dell'utero nella sede della flessione.* — Nel sito in cui ha luogo la flessione, in generale verso la metà dell'utero, si manifestano certi effetti e cangiamenti. Sembra che uno dei primi effetti della flessione sia di dare origine a turgore dei tessuti dell'utero sul lato concavo dell'incurvamento, turgore che si forma nel tessuto uterino e nei plessi vascolari esterni dell'utero; vi è un esempio (nel Middlesex Hospital Museum) in cui una sezione mostra un aumento della spessezza delle pareti uterine nel lato concavo della flessione. In certi casi di antiflessione, io ho osservato una specie di rialzo trasversale o elevazione sporgente sulla parte concava dell'utero, che sentivasi col dito attraverso la volta della vagina e dovuta senza dubbio al turgore dei tessuti suddetti. Nonpertanto, questo stato di cose non si osserva generalmente quando la flessione dura da un certo tempo. Dopo due o tre anni (nei casi di flessione acuta), secondo la mia sperienza, vi è sempre un'atrofia della parete uterina, nel lato concavo dell' incurvamento, ed un relativo assottigliamento della stessa in questo punto. Io l'ho trovato qualche volta appena più grosso di un pezzo di carta da cartuccia. Questo stato della parete dell'utero fu descritto alcuni anni dietro da Virchow; sembra che sia una conseguenza della compressione dell'utero nel suddetto punto, e, secondo la mia esperienza, è certo che non si osserva se non quando la flessione è di tale grado da produrre tale compressione. Insieme a questa atrofia della parete uterina, spesso si ha un considerevole grado di indurimento o addensamento dei tessuti. Quest'ultimo, forse, è il primo a manifestarsi e, più tardi, ha luogo l'atrofia. Quando vi è l'indurimento, la sonda uterina, nell'attraversare la parte ristretta, incontra considerevole resistenza e la supera con una specie di sbalzo molto sensibile ed accentuato. In certi casi, i tessuti compressi sono realmente rammolliti.

Dobbiamo notare altre cose di grande importanza. La compressione, a cui i tessuti uterini soggiacciono nel sito dell'incurvamento, in molti casi dà origine ad un'estrema sensibilità al tatto in questo stesso sito, come dimostra l'uso della sonda. Si vedrà che questa passa il canale cervicale facilmente e senza produrre dolore, ma, quando tocca il canale uterino verso la bocca interna si suscita grave dolore e così si conosce che vi è una grande sensibilità. Il dolore cessa quando, oltrepassato questo punto, si entra nella cavità uterina. In parecchi casi simili, io ho fatto questa osservazione. Si nota principalmente questo fenomeno in quei casi nei quali la flessione è di lunga durata, e l'utero si è indurito e consolidato nella forma anormale. La mia conclusione, relativamente a questi casi, è che i nervi uterini, distribuiti ai tessuti che sono la sede della compressione, ne vengono irritati, e ciò spiega la sensibilità al tatto. La mancanza di sensibilità sopra e sotto la parte passionata e la sua presenza appunto nel sito dell'incurvamento mi hanno indotto ad ammettere questa spiegazione. Questa conclusione ha una grande importanza rispetto alle varie importanti quistioni relative alle affezioni nervose ed isteriche cui sono soggette le donne.

Un leggero incurvamento dell'utero non produce atrofia delle pareti nel sito della flessione. L'atrofia ha luogo ad un grado avanzatissimo nei casi in cui la flessione è acuta e di antica data ed in cui l'utero, in origine, fu molto molle e flaccido.

L'effetto dell'atrofia delle pareti dell'utero nel sito dell'incurvamento è che, nei casi di flessione inveterata, sorta *acutamente*, l'utero perde il sostegno del suo picciuolo, e, quantunque possa essere facile il ristabilire la sua forma normale, non è affatto facile il mantenerla, giacchè, nel momento in cui si ritira la sonda, il fondo dell'organo cade in avanti o in dietro secondo i casi. Sembra che la cronicità della grave flessione dell'utero sia principalmente connessa alla presenza di queste alterazioni della spessezza delle pareti nel sito della flessione, ma non in un modo assoluto, poichè vi sono molti casi cronici e gravi in cui non vi è stata atrofia.

Ora è il momento di parlare della persistenza della forma distorta nei casi di flessione. Questa persistenza varia molto. Questa variazione sembra che dipenda dalle seguenti circostanze: — se la flessione è avanzata, se la donna era in buono stato di salute quando si manifestò e nulla fu fatto per toglierla, l'utero tenderà ad indurirsi nella sua forma distorta. Si osserva questo risultato quando la flessione è la conseguenza di un accidente grave avvenuto in un momento in cui la donna godeva buona salute. Ma quando l'accidente o lo sforzo o altra causa produce una grave flessione in una donna che non sta bene ed è debole, l'utero resta molle, diviene forse molto doloroso o congesto, ma non si fa duro, e, dopo un

anno, presso a poco, si può trovare ancora flessibile; sicchè, possiamo osservare differenti stati. Io ho trovato che potevasi restituire all'utero facilmente la sua forma fisiologica, per mezzo della sonda, tre o quattro anni dopo avvenuta la flessione. Infatti, soltanto quando la nutrizione del corpo ha raggiunto un alto tipo l'utero si consolida.

Cangiamenti nella bocca dell'utero.—Un altro effetto spesso osservato nella flessione cronica è l'arrovesciamento del canale, sicchè la bocca dell'utero presenta una superficie umida e vascolare. Questo stato si osserva specialmente 1) nelle donne nubili, in cui l'utero si è ipertrofizzato, rammollito, e la grandezza della bocca è aumentata notevolmente, o 2) nei casi in cui l'inferma ha partorito e l'apertura della bocca è ampia. L' arrovesciamento ha luogo sovratutto nella parete posteriore del canale cervicale, nei casi di retroflessione, e nella parete anteriore, in quelli di antiflessione. Se il collo è stato lacerato longitudinalmente ed è fenduto da ciascun lato, il grado dell'arrovesciamento—ectropion—è avanzatissimo. Questa lacerazione del collo non è molto rara, come è stato notato dal Dr. Emmet, di New-York. L' arrovesciamento, pertanto, può aver luogo senza che vi sia lacerazione del collo. L'effetto dell'arrovesciamento è che la delicata mucosa del collo sta in continuo attrito col pavimento della vagina, onde seguono varie irritazioni ed altri effetti secondarii.

CAPITOLO XVII.

SPOSTAMENTI E DISTORSIONI DELL' UTERO (FLESSIONI).
5. SINTOMI, STERILITÀ ED ABORTI.

Dolore spontano — Dolore provocato dal movimento (Dischinesia uterina) — Spiegazione di questo sintoma: sua grande importanza — Esagerata sensibilità dell'utero al tatto — « L'utero irritabile » di Gooch consiste nella flessione acuta.

Dismerronea, Leucorrea, Menorragia — Amenorrea — Sterilità. — Aborti — Statistiche della sterilità e degli aborti nella pratica dell'ospedale e nella privata.

Alterazione delle funzioni della vescica — Del retto — Dispareunia — Sintomi nervosi riflessi.

La clinica dimostra evidentemente che tutti i diversi sintomi, incomodi di varie specie, alterazioni di funzioni, ecc., che si osservano nei casi di malattie dell' utero, sono in grandissima parte riferibili alle flessioni dell' utero e agli effetti secondarii di queste flessioni. In un altro capitolo (veggasi pag. 53) abbiamo dato una lista dei varii sintomi osservati nella pratica. Ora è necessario esaminare questi sintomi uno per uno e indicare fino a qual punto sono connessi colle flessioni uterine.

Il *Dolore* è o 1) *spontaneo* — cioè che si manifesta quando la donna sta in riposo; o 2) *è prodotto dal movimento del corpo o dagli sforzi*; o 3) sorge toccando l'utero — *sensibilità anormale*.

Dolore spontaneo. — Non è frequente il grave dolore spontaneo nei casi di flessione dell'utero quando la donna sta in assoluto riposo. Una continua e leggera pena non è rara. Il dolore spasmodico non è molto infrequente. Da lungo tempo è stato descritto col nome di *colica uterina* — è un dolore che sorge repentinamente, dura poco tempo, cessa per un determinato intervallo e, in realtà, rassomiglia molto, in proporzione tenuissima, alle doglie del parto. Nei casi di flessione uterina, di quando in quando si osservano i dolori spasmodici. In pochi casi, notasi un dolore fisso quando la donna sta in riposo, e che si manifesta in varie parti.

Il dolore è anche diverso secondo la natura della flessione; in

generale, l'antiflessione è indicata da una specie di dolore e la retroflessione da un'altra specie. Vi sono però eccezioni. Frequentissimamente, il dolore che la donna prova è nella regione sacrale. Un altro sito frequente di dolore è una delle anguinaje, immediatamente sopra il legamento di Poupart, dall'uno o dall'altro lato. Talvolta si sente il dolore nella stessa regione dell'utero, ma questo non è un fatto comune. Piuttosto frequentemente si sente il dolore lungo il dorso delle gambe, delle cosce, da un lato o dall'altro. Nei casi di retroflessione, il dolore per lo più si manifesta sul dorso, e, in quelli di antiflessione, è più comune nelle regioni inguinali; nei diversi casi, però, osserviamo notevolissime eccezioni.

Alcuni anni dietro fui chiamato a visitare una giovane signora, la quale aveva avuto dolori in un punto dell'addome, che stava allo stesso livello dell'ombelico ed a sinistra di questo; ella mi disse che, per un periodo di cinque o sei mesi, questi dolori non erano cessati e che, prima di questo periodo, per parecchi anni aveva avuto altri dolori e gravi disturbi. Ma la cosa speciale, su cui chiamò la mia attenzione e che aveva richiamato quella dei medici che la curavano, era questo dolore nella regione addominale nel sito sopraindicato. Nell'addome non si potette scovrire nessun tumore nè alcuna causa apparente del dolore; ma, studiando lo stato dell'utero, si trovò una retroflessione acuta. Oltre a ciò, il caso era importante perchè, dopo introdotta la sonda nell'utero e dopo ridata a questo la sua posizione normale, il dolore non ritornava. Per correggere lo stato dell'utero fu necessaria una cura, ma, questo speciale dolore, che era causa di grande molestia all'inferma, dopo la prima introduzione dalla sonda non ricomparve mai più. Un altro caso del pari importante fu quello di una signora che aveva avuto un figlio circa cinque anni prima del tempo in cui la vidi. Dopo il parto, non fu più capace di passeggiare o di accudire alle sue ordinarie occupazioni, ma l'inconveniente di cui sopratutto si lamentava era un dolore nel lato destro dell'addome, allo stesso livello dell'ombelico, in un punto corrispondente a quello in cui aveva il dolore l'altra signora sopra menzionata. Colla esplorazione si trovò che l'inferma aveva retroflessione acuta dell'utero.

Io ricordo questi casi eccezionali perchè essi dimostrano che il dolore prodotto dalla flessione dell'utero non è sempre nello stesso punto. Ordinariamente, nel 90 per cento dei casi, il dolore si sente al dorso, quando trattasi di retroflessione, e nelle regioni inguinali, quando trattasi di antiflessione. Per lo più, le inferme non si lamentano di dolori nei casi di flessione finchè restano in riposo. Se rimangono a letto o si contentano di giacere sopra un sofà in generale vi ha poco dolore; ma qualunque grado di movimento basta o può bastare a provocarlo, e può essere o grave o relativamente leggero; in molti casi, la molestia prodotta si può appena chiamare dolore.

Dolore provocato dal movimento (*Dischinesia uterina*). — Questo

è uno dei più comuni sintomi osservati nei casi di flessione dell'utero. Esso è un sintomo a cui finora non si è rivolta sufficiente attenzione, ed è così importante per i suoi effetti che è assolutamente necessario un attento studio del rapporto di causa ad effetto fra le flessioni uterine ed esso.

Nelle donne che hanno flessioni, il grado del dolore prodotto dal movimento varia moltissimo. Varia da un leggero dolore al dorso ad una completa impossibilità a camminare o muoversi senza patire estreme sofferenze. Interrogando le inferme circa le loro sensazioni, si vedrà che quelle sensazioni o incomodi a cui attaccano la maggiore importanza sono quasi invariabilmente simili a quelli compresi sotto il nome di dischinesia uterina.

Il dolore prodotto dal movimento può essere di grado leggero o grave, ma la sua nota caratteristica è che è provocato dal movimento. Può essere tanto grave che l'inferma è col fatto incapace a muoversi, o tanto leggero che si muove a dispetto di esso persistentemente. Essa può camminare o muoversi. Non vi è paralisi, nel senso ordinario della parola, ma vi è una grande ripugnanza ai movimenti a causa delle sofferenze che, come l'esperienza ha insegnato, essi provocano. Nei diversi casi varia moltissimo il grado di questa incapacità; alcune donne non ne parlano finchè loro non si domanda se possono fare una mediocre passeggiata senza soffrire dolore; altre non parlano che dell'impossibilità a camminare, di cavalcare o di fare una visita, e desiderano di essere liberate da questi inconvenienti. L'inferma ci dice che non può stare in piedi più di due o tre minuti per volta, dopo dei quali è obbligata a sedere. Tali donne non possono neppure stare ad aspettare ad una porta che si apra dopo che esse hanno sonato. Altre trovano che il passeggiare per breve distanza produce tanto dolore che sono costrette a limitare questo esercizio. Nei gradi estremi, troviamo che l'atto del camminare produce tanta molestia che diviene impossibile. È notevole che in tutti questi casi il movimento produce dolore, ed osserviamo che quelle specie di movimenti che possono aumentare la già esistente flessione rendono questo dolore più intenso. Come, ad esempio, il fermarsi per raccogliere qualche oggetto dal suolo, lo star seduto a lungo sovra un sedia con spalliera stretta, l'inclinarsi in avanti, il protendersi per prendere un abito da un attaccapanni, il salire le scale, ecc. Talvolta è uno dei più gravi infortunii l'incapacità ad agire, poichè l'inferma deve privarsi di gran parte delle gioie della vita, per la semplice ragione che la locomozione è impossibile. Le inferme vengono a consultarci per varii motivi. In molti casi, senza dubbio, l'impotenza alla locomozione non è la causa che le spinge a richiedere i soccorsi dell'arte. Molte volte, però, è dessa che le determina a rivolgersi al medico, quantunque non ne abbiano

coscienza, o non hanno concretato le loro idee con una certa precisione.

Il significato di questo sintoma è sfuggito, in parte perchè è tanto comune, in parte, inoltre, perchè troppo spesso vi è l'idea che quest'avversione a muoversi, a passeggiare e a fare altra specie di esercizii sia un capriccio e, come tale, non si dee tenere in serio conto nè, per lo stesso interesse dell'inferma, devesi incoraggiare.

In 67 casi di distorsione o spostamento uterino, ricevuti durante sette anni nella All Saints' Institution, da me citati in un lavoro letto all'*Obstretrical Society* di Londra, [1] il sintoma era così frequentemente osservato che si può dire che quasi tutte le sessantasette inferme lo presentavano in una forma accentuata. Citiamo qualche brano del suddetto lavoro: —

« Le malattie che avevano queste sessantasette inferme erano di varii gradi. Parecchie erano realmente inchiodate al letto, altre potevano muoversi tanto poco che dovevano desistere dalle loro occupazioni. In altri casi, la malattia, quantunque non molto grave. Si era mostrata incurabile e perciò le inferme avevano chiesto soccorso all' All Saints' Institution.

« Esternamente, lo stato di queste inferme era caratterizzato da grande debolezza, da impotenza a camminare (dischinesia uterina) più o meno avanzata, e da uno stato generale di cattiva nutrizione. Internamente, il principale organo ammalato era l'utero; vi erano varii gradi e forme di distorsione e spostamento, che cagionavano sintomi molesti di varie specie, fra i quali i principali erano dolore nella locomozione, nausea, ed irregolarità mestruale. »

« Quasi tutte le sessantasette inferme ammesse nella All Saints' Institution, e comprese nelle precedenti osservazioni, presentavano questo sintoma in una forma accentuata. Possiamo quasi dire che era, infatti, il sintomo principale, e che, nella maggior parte dei 67 casi, aveva chiamato sopra di sè la speciale attenzione dell'inferma. Io ritengo che esso, in tutti i casi di distorsione e spostamento dell'utero, meriti una considerazione particolare. Sembra essere un fatto che gli sforzi fisici di quasi ogni specie, in tali circostanze, sono dannosi sotto varii aspetti, giacchè provocano un'esagerazione o temporaneo aumento della malattia da cui l'inferma è afflitta. Questa, dopo un certo tempo, per necessità, abbandona la vita attiva, e, nei casi prolungati, la conseguenza è un'invalidità irreparabile. Alcune delle inferme ricevute nella All Saints' Institution sono state costrette a rimanere a letto per parecchi anni. A proposito di tali casi, dobbiamo inoltre osservare che la malattia,

---

[1] *Obst. Trans.*, vol. xxii. for 1880.

la cui realtà non è da mettere in dubbio, una volta era ritenuta immaginaria, si riguardava come capriccio o affezione isterica, e le inferme erano private perciò non solo dell'ajuto del medico, non comprendendosene lo stato, ma della simpatia dei loro amici, i quali ritenevano che esse potessero agire se « avessero avuto soltanto la volontà di fare uno sforzo, » mentre, in questi casi, il fatto è che gli sforzi aggravano i sintomi e perpetuano la malattia. »

Che gli spostamenti uterini siano accompagnati da inconvenienti non è un'idea nuova. Siccome essi non sono sempre caratterizzati da incomodi, alcuni scrittori si sono creduti autorizzati ad asserire che non hanno nessuna speciale importanza. Ma il vero metodo per giungere a scovrire la verità sarebbe di ricercare fino a qual punto e con quale frequenza gl'incomodi riferibili all'utero, come quello di cui ora ci occupiamo — cioè la difficile locomozione o il dolore da essa prodotto — sono in rapporto colla distorsione e lo spostamento dell'utero. Le due seguenti proposizioni sono essenzialmente diverse, com' è facile ammettere enunciandole brevemente. Proposizione 1: Le distorsioni e lo spostamento dell' utero dànno sempre origine a dolore nella locomozione. Proposizione 2: Il dolore nella locomozione, riferibile all' utero, si accompagna invariabilmente a distorsione o spostamento. Queste proposizioni non sono identiche nè sono ugualmente vere. La prima si avvicina alla verità più di quanto generalmente si crede; la seconda, però, giusta la mia esperienza, è quasi assolutamente vera, e questo è il punto speciale a cui ora rivolgiamo l'attenzione. Gli scrittori che ci hanno preceduto hanno rivolto un po' di attenzione al rapporto che passa fra la distorsione uterina ed il dolore nella locomozione. Bisogna fare però un' eccezione. Chassaignac, nella sua opera pubblicata alcuni anni dietro [1], parlando del rapporto che passa fra certi stati morbosi dell'utero (deviazioni) e i dolori e gl'incomodi da cui queste alterazioni sono accompagnate, si esprime così: qual'è la causa (dice Chassaignac) « degli accidenti dolorosi » osservati nelle donne che hanno deviazione dell'utero? È la « ballottazione » cui sottosta l'utero deformato o spostato. Sicchè due condizioni, la deviazione ed il movimento comunicato all' organo debbono andar congiunte perchè sorga il dolore. Oltre a ciò, questo Autore giunge a dire che la causa per cui una speciale deviazione in un'inferma dà origine al dolore e in un'altra no è che la *ballottazione* in qualche modo è impedita. Dice anche che, curando la deviazione o impedendo la *ballottazione*, si calmano i sintomi, e perciò la posizione orizzontale è tanto spesso efficace a far cessare il dolore. Per la stessa ragione sono anche

[1] *Traité Clinique et Pratique des Opérations Chirurgicales*, vol. ii. p. 926. Paris, 1862.

buoni i pessarii e, in taluni casi, la fascia ipogastrica, ecc. L'utero, in tal modo, è tenuto in uno stato di riposo; sicchè è evidente che Chassaignac conosceva clinicamente il rapporto di cui sopra abbiamo parlato, e si sforza di spiegare questo rapporto colla concussione dell'utero distorto o spostato prodotta dai movimenti del corpo. Su questa spiegazione dobbiamo ora dire qualche altra cosa.

Prima però di andare avanti, è necessario occuparci del fatto o supposto fatto che le distorsioni uterine in taluni casi dànno origine ed in altri no a sensazioni dolorose durante la locomozione, ciò che ha contribuito molto a confermare le erronee opinioni su questo argomento. Si è arguito che le flessioni non abbiano per sè stesse alcuna speciale importanza perchè talvolta, apparentemente, non producono speciali incomodi. Ecco, secondo me, come ciò avviene: sembra che alcune delle varie forme di deviazione uterina siano più soggette di altre ad essere accompagnate da dolore durante la locomozione. Tale è, in primo luogo, la discesa dell'utero in totalità senza alterazione di forma, cioè il prolasso. Ora, è un fatto che simili casi non sono complicati da molto dolore come altri che subito nomineremo. È verissimo che, quando l'utero protrude all'esterno, vi è un male serio accompagnato da gravi inconvenienti, ma, quando il prolasso è leggero e l'utero non protrude all'esterno, il dolore provocato può essere molto notevole, ed io, in taluni casi di prolasso esterno, sono rimasto sorpreso di trovare che le inferme relativamente accusavano poca difficoltà di locomozione. In tali casi, come è naturale, il movimento può produrre attrito, irritazione ed ulcerazione dell'organo sporgente, ma, indipendentemente da questi effetti, il movimento può essere accompagnato da qualche speciale incomodo.

L'altra forma di deviazione uterina è la versione (rotazione sull'asse trasversale) in cui l'organo conserva la sua forma normale più o meno perfettamente, ma è spinto in dietro, in avanti, lateralmente, secondo i casi. Ora, secondo la mia osservazione, la versione leggera può essere accompagnata da molestia relativamente scarsa. Ciò è vero soltanto per la versione poco accentuata, giacchè, quando essa è grave, in avanti o in dietro, il dolore prodotto dalla locomozione per lo più è molto molesto. Come abbiamo già detto, i casi di versione senza flessione non sono molto comuni, ma non sono molto rari quelli di leggera versione con leggera flessione, e, in questi ultimi casi, gl' incomodi di cui ora parliamo sono meno gravi di quelli che si osservano nei casi che adesso nomineremo.

Un'altra categoria di casi è quella in cui vi è un'accentuata distorsione dell'utero in totalità congiunta ad un certo grado di versione. In questa classe di casi vi è il più forte dolore prodotto dalla locomozione. Fra essi, si notano esempii di notevole ostacolo alla lo-

comozione e, tranne poche eccezioni, questo stato dell'utero è accompagnato dal suddetto sintoma in una forma più o meno accentuata, ed io non esito a dire che ho trovato tanto costantemente congiunti questo stato e questi sintomi che nell'animo mio non resta alcun dubbio su questo argomento. A questo proposito, come ho già detto, vi sono osservazioni opposte sul valore e la frequenza della sopradetta concomitanza. Così, vi è chi asserisce che, abbastanza spesso, s'incontrano casi di flessione nei quali non vi sono molestie ed inconvenienti di sorta. Per parte mia, posso assicurare che nella mia pratica non si osservano. Si può spiegare in varii modi questa discrepanza.

La prima osservazione da fare riguardo a questo argomento è che il grado di gravezza dei casi varia moltissimo, si è contato molto sulla uniformità dei sintomi quando le condizioni non erano uniformi. Vi è una grande differenza, per esempio, fra i gradi di flessione, nei due casi di retroflessione rappresentati dalle figure 37 e 38; ed il grado della flessione, il grado a cui tutto l'utero è sceso nella pelvi, produce necessarie differenze nella gravezza dei sintomi. Io non ho trovato quasi mai mancante il dolore nella locomozione quando l'utero è realmente distorto. Questo sintomo ha una grande importanza, ma gli scrittori, ordinariamente, non se ne sono molto preoccupati, e vi può essere stato ad un grado notevole in alcuni casi pur quando si è detto che la flessione non aveva prodotto nessuna molestia o inconveniente. Un'altra circostanza già ricordata è che, quando la flessione è leggera e vi ha più versione che flessione, il dolore e la molestia possono essere di grado leggero. Oltre a ciò, bisogna tenere a mente che l'utero flesso non sempre presenta la stessa struttura. Talvolta non vi è una speciale pienezza di sangue. Il Dr. Braxton Hicks ha pubblicato [1] osservazioni sulla retroflessione dell'utero, e, nel parlare delle diverse opinioni sulla cura di questa malattia, indica le diversità che si possono osservare nelle varie epoche riguardo allo stato dell'utero, ed attribuisce a queste diversità la discrepanza delle opinioni. Queste osservazioni del Dr. Hicks collimano per la maggior parte colle mie. La congestione o ingorgo, senza dubbio, aumenta molto la molestia che una flessione produce, ed in un caso in cui esso mancasse questa molestia potrebbe essere relativamente leggera. Sicchè, la durata della flessione ha un'influenza sul grado del dolore. Quando si tratta di un caso inveterato, l'utero acquista talvolta una specie di tolleranza, e la locomozione forse cessa di essere dolorosa. Ma, anche in questi casi, basta indagare la storia precedente per convincersi di alcuni fatti

---

[1] *British Medical Journal*, 1877.

che sono direttamente contrarii alla nozione secondo la quale le flessioni si manifestano sempre senza dare origine ad inconvenienti molto accentuati.

Quando il dolore è prodotto dalla locomozione, è comune il fatto che varie posizioni del corpo o certi sforzi lo provocano. Così, il sollevare o trasportare un peso, l'inclinarsi per prendere un oggetto dal pavimento, il protendersi per staccare qualche cosa da un attaccapanni, l'andar seduti in vettura, il cavalcare ed anche lo stare a-sedere a pranzo, non chè molte altre posizioni, producono dolore più o meno grave. La posizione orizzontale, in molti casi, è la sola in cui l'inferma è libera — e talvolta neppure — da dolore.

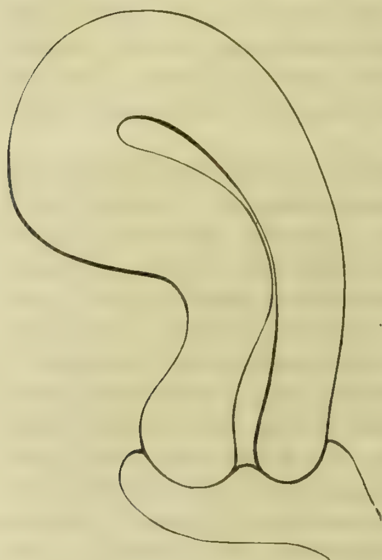


Fig. 37 [1].

In breve, i movimenti del corpo, quando l'utero è distorto, quasi invariabilmente producono dolore o molestia più o meno notevole. Ciò ha un grandissimo significato nel valutare l'importanza delle flessioni uterine. Perchè, possiamo domandare, questi movimenti e questi sforzi producono dolore quando vi è flessione dell'utero? Chassaignac credeva che la causa fossero le *ballottazioni* alle quali l'organo è sottoposto. Fino a un certo punto, ciò senza dubbio è vero. L'utero flesso è scosso, e la concussione è certamente in parte la causa della sensazione dolorosa. Ma vi è un altro e di gran lunga più importante effetto su cui voglio richiamare l'attenzione, cioè il temporaneo aumento della flessione prodotto dallo sforzo o dal movimento del corpo. È del tutto certo che questo aumento della flessione ha luogo in tale modo. Io l'ho osservato in casi innumerevoli, e sono convinto che sia la principale causa del dolore. Se si volessero altri argomenti confermativi, si troverebbero facilmente, studiando con attenzione qualunque caso accentuato di questo genere che si presenti ed osservandone gli effetti; allora si scovrirà il più intimo rapporto fra l'aumento della flessione ed il dolore. Data una certa specie di flessione uterina, si determini quale sforzo del corpo può probabilmente esagerare questa flessione: facendo fare all'inferma un dato sforzo si manifesterà il dolore. Così,

[1] Le figure 37 e 38 rappresentano il primo e terzo grado di flessione.

in un caso di retroflessione grave, come quello rappresentato dalla figura 39, è ovvio che il movimento in posizione verticale, per esempio il camminare, tenderà ad esagerare la esistente flessione col favorire l'ulteriore discesa in dietro del fondo dell'utero, ma se l'inferma sta prona, come mostra la figura 40, è evidente che l'aumento della flessione non può avvenire. Questa posizione prona è sempre la più comoda nei casi di retroflessione. Infatti, studiando gli effetti di certi sforzi, spesso si farà la diagnosi della natura e varietà della flessione, e l'esame delle parti confermerà la diagnosi fatta.

Un' altra conferma di quanto sopra abbiamo detto si può avere mettendo l'utero o anche il corpo in tale posizione che l'aumento della flessione non possa essere prodotto dai movimenti. Si osserva allora che il dolore non sorge o è almeno molto diminuito. Impedendo meccanimente un ulteriore aumento della flessione si vedrà che i movimenti non producono più lo stesso effetto circa questo sintoma speciale.



Fig. 38.

Dobbiamo rispondere ad un'altra domanda, che è la più importante fra tutte, cioè: perchè la flessione dell'utero provoca dolore e perchè il temporaneo aumento di essa lo aggrava? Coll'analisi, noi siamo giunti a vedere che il dolore e la flessione vanno congiunti, e l'aumento del grado di essa è la causa dell'aumento del dolore. Le prove cliniche dell'esattezza di queste asserzioni, le quali mi si sono presentate nel corso di parecchi anni, sono decisive. La risposta alla domanda perchè un temporaneo aumento della flessione produce dolore, implica lo studio d'importanti quistioni patologiche; finora ci siamo avvalsi di puri elementi fisici — volume, forma, variazioni di figura, ecc., dell'utero — ora entriamo in un altro campo, su cui vi sono state gravi contese ed opposizioni. La presenza del dolore implica per necessità un'affezione dei nervi. Quando qualche parte del corpo è soggetta ad alterazione o cangiamento fisico il dolore non manca quasi mai essendo riferibile ordinariamente all'impressione fisica di questa alterazione o a qualche cangiamento che passiona le fibre terminali sensitive dei nervi

stessi. Una causa comune di tali effetti, come è ben noto, è l'infiammazione. Se s'infiamma un organo chiuso in una membrana molto aderente, come ad esempio il testicolo, quale acuto dolore non provoca! Questo carattere del dolore probabilmente è dovuto alla grande pressione che subiscono per necessità i nervi in tal caso. Quanto più da vicino si esaminano i fenomeni del dolore, tanto più evidente-

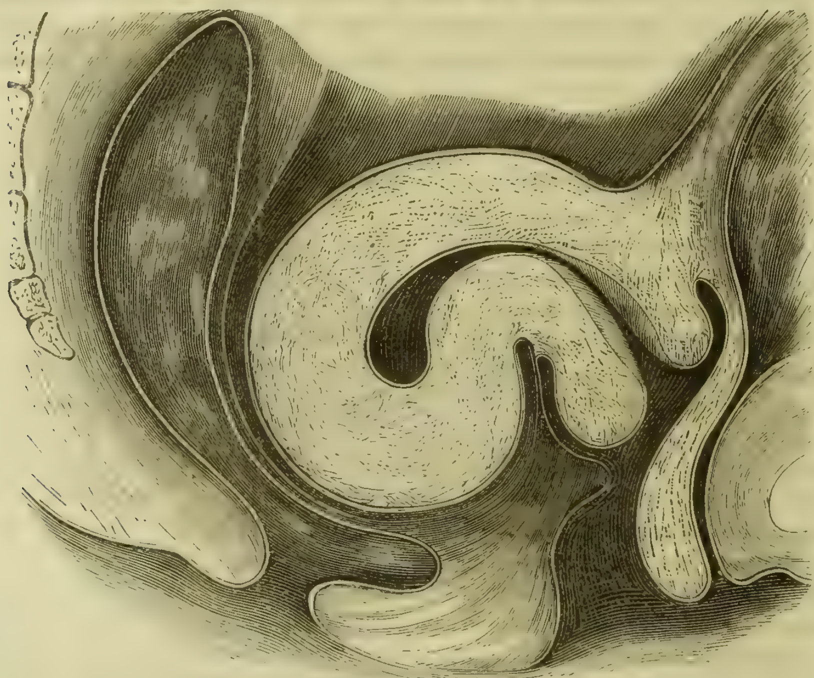


Fig. 39 [1].

mente risulta che la pressione o la tensione esagerata delle fibre terminali dei nervi è la sua causa. Riguardo all'utero, vi sono varie spiegazioni del dolore. Molti ritengono che sia immaginario o dipendente da infiammazione uterina o da nevralgia. Ma, per quanto io sappia, finora non si è data nessuna spiegazione soddisfacente di questi dolori riferibili all'utero.

Quella data da me è abbastanza semplice; temo soltanto che la sua grande semplicità sia un ostacolo a farla accettare generalmente, come è d'augurarsi nell'interesse della verità e del progresso. Secondo me, il dolore è prodotto dalla reale compressione dei nervi nel sito della flessione. Giusta le mie osservazioni, debbo conclu-

[1] La figura 39 rappresenta una grave retroflessione dell'utero nella posizione verticale dell'inferma.

dere che la compressione e l'addensamento dei tessuti dell'utero nel sito dell'incurvamento sia la causa immediata del dolore. Questo è aumentato temporaneamente e molto spesso provocato da qualunque fatto che tende a condensare e comprimere maggiormente questi tessuti. Ciò avviene quando, per qualunque causa fisica, l'utero si flette

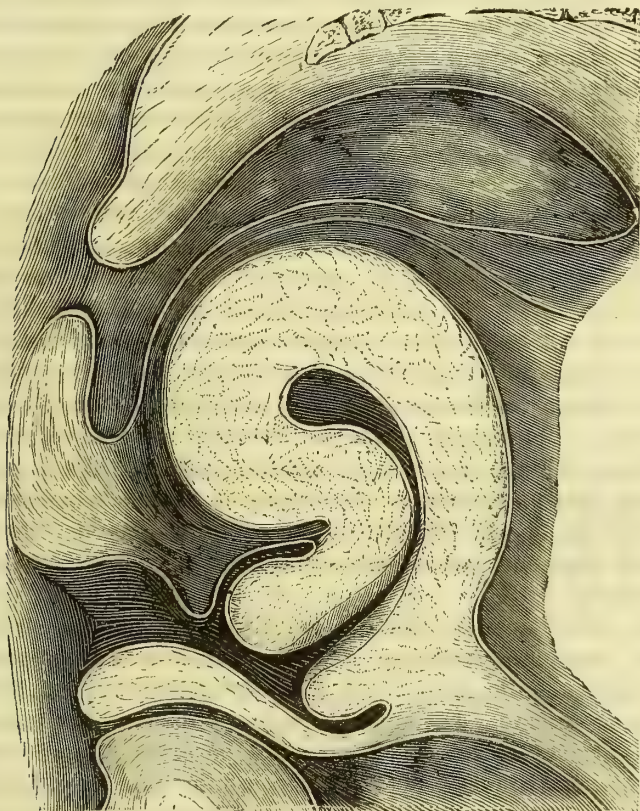


Fig. 40 [1].

di più. Io credo che una maggiore compressione sia la causa del dolore, ma comprendo benissimo che ciò non possa spiegare tutto, che possa sorgere un'altra teoria e che possa, forse, essere abilmente sostenuta. Potrebbe inculcarsi che, nella produzione del dolore, hanno parte la congestione, l'ingorgo, la pienezza, come piace chiamarla, del corpo, del collo e della bocca dell'utero, che tanto spesso si osservano nei casi di flessione. Come mostrerò d'ora innanzi, la

[1] La fig. 40 rappresenta una grave retroflessione dell'utero nella posizione prona dell'inferma.

congestione delle due estremità dell'utero, il fondo e la bocca, accompagna quasi costantemente le flessioni uterine accentuate, e si può dimostrare all'evidenza che quanto più acute esse sono tanto maggiori sono la congestione e l'ingorgo. Si potrebbe perciò domandare: perchè non attribuite l'aumentato dolore durante la locomozione nei casi di flessione al temporaneo aumento della congestione? Tanto più, si potrebbe aggiungere, che l'aumento della congestione produrrebbe ulteriore compressione dei nervi del corpo dell'utero. Infatti, secondo questo modo di ragionare, potrebbe sembrare probabile che il dolore sopradetto dipenda dall'aumentata tensione dei nervi del corpo dell'utero a causa del temporaneo aumento della stessa parte. Ammettendo, però, che si possa dir molto in favore di quest'ultima opinione, io, dietro i risultati dell'osservazione, per parte mia ho abbracciato la primitiva idea circa il meccanismo della produzione del dolore. A questo contribuisce senza dubbio la congestione concomitante delle altre parti dell'utero, ma mi sembra probabile che sia così, principalmente perchè essa ha una tendenza a fare aumentare la compressione dei tessuti nella sede della flessione. La presenza di filamenti nervosi nei tessuti uterini è ammessa generalmente, quantunque vi siano diverse opinioni circa il loro reale volume. Nella sua porzione centrale, intorno alla bocca interna, vi sono filamenti nervosi che formano parte dei sovradetti tessuti. Quando in questo sito ha luogo compressione dei tessuti uterini, questi filamenti partecipano alla compressione, per cui si suscita il dolore.

Vi sono, inoltre, altre opinioni relativamente all'etiologia del dolore e che bisogna considerare. Sembra probabile che una parte della molestia sentita dalle donne che hanno flessione uterina durante la locomozione, dipenda dallo stiramento e tensione dei legamenti o attacchi dell'utero, sicchè le sensazioni descritte come « abbassamento » e « abbattimento », di cui spesso le inferme si lamentano, sembra che dipendano da questa tensione degli attacchi dell'utero. Il legamento rotondo, i legamenti larghi ed il legamento utero-ovarico sono i principali che vengono passionati, quali più quali meno. Il così detto dolore ovarico, che per lungo tempo è stato ritenuto come segno d'infiammazione dell'ovaja, giusta la mia esperienza, in generale è riferibile alla flessione dell'utero ed è prodotto dalla trazione dell'attacco dell'ovaja e dell'utero in seguito alla flessione. Nei casi di retroflessione, vicino l'inguine, dall'uno o dall'altro lato, raramente vi è un forte dolore e a me è sembrato che dipenda da tensione e stiramento del legamento rotondo. Qui cade acconcio di portare l'attenzione sul fatto che quando l'ovaja è realmente spostata in giù, come talvolta avviene nella flessione dell'utero in dietro, il dolore prodotto dalla locomozione è molto acuto.

Anormale sensibilità dell' utero al tatto. — Ora dobbiamo occuparci della sensibilità anormale dell'utero al tatto e del rapporto di questo sintoma colle flessioni. Allo stato sano l'utero non è molto sensibile al tatto ed anche il passaggio della sonda uterina, quando si esegue bene, dà appena origine ad una sensazione dolorosa fino a che non giunge sul fondo dell'utero, nel qual momento è in generale evidente che produce un leggero dolore. Ma, in certe condizioni, troviamo l'utero sensibilissimo e doloroso al tatto, tanto che il più leggero contatto provoca acuto dolore. Non v'è bisogno di dire che quei casi nei quali l'entrata della vagina è sensibilissima al tatto — iperestesia della vagina — non sono inclusi in questa discussione. La sensibilità anormale dell'utero può essere di tutti i gradi; può essere alterata la sola bocca, o la parete posteriore o l'anteriore. Nei casi gravi, sembra sensibile al tatto tutto l'utero.

Circa il rapporto che passa fra la sensibilità dell'utero e l'alterazione della sua forma, io pretendo di essere giunto ad una conclusione importantissima, cioè che la sensibilità dell'utero al tatto raramente si osserva quando non vi sono flessioni. Com'è naturale, quanto più acuta è la flessione tanto più acuta è la sensibilità. Questa non vi è sempre, nei casi di flessione acuta, e, infatti, quando la flessione è divenuta completamente cronica, la sensibilità può mancare o essere scarsa. Io, quindi, affermo che la flessione dell'utero non è sempre accompagnata da sensibilità, ma che, quando questa vi è, tranne pochissimi casi — io stesso non ne ho veduto che un solo, realmente eccezionale — si accompagna a distorsione uterina. Questa asserzione si può forse ritenere ardita, ma io con piena coscienza mi rendo responsabile della sua esattezza.

Nell'anno 1868, pubblicai nel *Practitioner* un lavoro il quale aveva lo scopo di dimostrare che « l'utero irritabile », del Dr. Gooch, non è altro che la grave retroflessione cronica. È notissima la descrizione di questi casi, fatta dal Dr. Gooch: « Una donna giovane o di media età, la cui complessione e salute sono alquanto malandate, vive per mesi o anche per anni quasi sempre sul suo sofà, a causa di un costante dolore nell'utero che le impedisce di alzarsi e di muoversi. Esaminando l'utero, si trova inalterato nella sua struttura ma squisitamente sensibile; anche nella posizione sdrajata vi è sempre dolore, che si aggrava più o meno frequentemente. » Il Dr. Fergusson, il quale, alcuni anni dietro, pubblicò un'edizione degli scritti di Gooch, parla di uno stato congesto dell'utero che « rende la sua forma simile a quella di una storta », come si è osservato in alcuni casi, benchè non sembri che sia conosciuto il rapporto fra questa forma e la congestione o che si sia attribuita alla congestione una qualche parte nella produzione del dolore. Nel mio lavoro fu mostrato che questa forma di storta del-

l'utero era una conseguenza necessaria della malattia, dissi che i così detti casi di « utero irritabile » in realtà erano casi di retroflessione cronica. Dall'epoca in cui scrissi questo lavoro, per quanto io sappia, non si è combattuta questa mia opinione, e la sola cosa che io debbo aggiungere, circa « l'utero irritabile » di Gooch, è che d'allora in poi ho visto molti altri casi di questa specie in cui lo stato dell'utero pienamente confermava la mia opinione. Ma debbo dichiarare che gli stessi sintomi che si osservano insieme all'antiflessione si possono osservare con la retroflessione. I casi più tipici e gravi sono di retroflessione, ma, in quelli di antiflessione, i sintomi possono essere molto identici. Ulteriori ricerche ed osservazioni mi hanno fatto conoscere l'intimo rapporto che passa fra la distorsione dell'utero e la sensibilità, di cui i casi di « utero irritabile » di Gooch costituiscono accentuatissimi esempii.

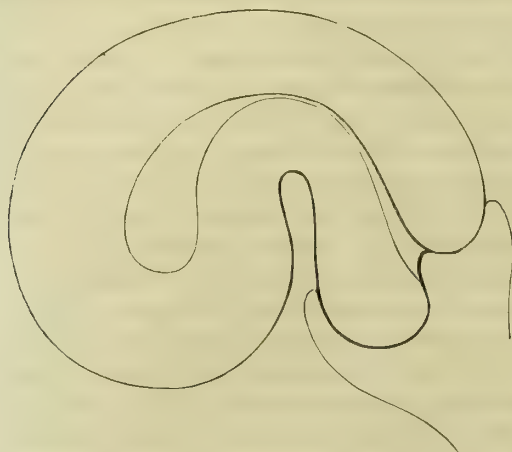


Fig. 41 [1].

Una flessione molto acuta ordinariamente è accompagnata da grande congestione. La concomitanza di questi due fatti dà origine al grado massimo di sensibilità; e siccome l'utero si può incurvare maggiormente quando il fondo è rivolto in dietro che quando è rivolto in avanti, i casi di retroflessione ordinariamente sono i più gravi, e sono quelli cui va congiunta la maggiore sensibilità. Quando vi è molta congestione, la sensibilità è maggiore se si tocca il corpo dell'utero che toccandone il collo. Nelle retroflessioni, il fondo si trova spesso tanto sensibile che il menomo contatto produce dolore e l'atto della defecazione è accompagnato da grandi sofferenze, dovute in parte al passaggio del contenuto rettale sul sito doloroso. Nelle antiflessioni acute, il fondo, in generale, si sente meno facilmente, per l'interposizione di una certa quantità di urina; ma la presenza dell'acuta sensibilità del fondo spesso, in questi casi, si può dimostrare.

È degno di nota che, talvolta, facendo l'esplorazione nei casi in cui sono stati leggeri altri sintomi—dolore durante la locomozione, ecc.— si trova una considerevole sensibilità al tatto, e, in queste circostanze, l'esame delle parti rivela la grave natura del caso.

[1] Retroflessione avanzata dell'utero.

La sensibilità dell'utero nella flessione si può accompagnare coi più leggeri gradi di congestione. Può esservi anche quando il periodo congestivo è passato, lasciando i tessuti uterini duri ed ipertrofici. In questi ultimi casi, la sensibilità è meno diffusa sull'utero.

Una sensibilità uterina si osserva in molti casi di flessione cronica, nella bocca interna dell'utero o nelle sue vicinanze. Com'è naturale, essa è dimostrata soltanto dall'uso della sonda. In queste circostanze vi è una grave nevralgia cronica nella bocca interna. Le donne che ne soffrono sentono molto dolore nella locomozione e sempre nello stesso punto. Così, in due casi di antiflessione molto cronica, in cui vi era questa grande sensibilità interna, il camminare produceva sempre un dolore così forte nella regione inguinale che bisognava rinunziarvi, ed era sempre necessario stare sul sofà.

Dismenorrea. — Le flessioni dell'utero non sono la sola causa della dismenorrea e non sono sempre accompagnate da questa. Uno dei più frequenti effetti della flessione è, però, quello di opporre ostacolo alla uscita del liquido mestruale, effetto generalmente dovuto alla compressione del canale uterino nel suo punto più ristretto, cioè nella bocca interna. La compressione produce lo stesso effetto che si avrebbe se vi fosse un reale restringimento della parte. A p. 142 abbiamo spiegato come sorge questa compressione. Le flessioni dell'utero costituiscono la principale causa del forte *dolore* che si sente durante la mestruazione e della estrema *difficoltà* con cui escono i liquidi mestruali. La dismenorrea è spesso il sintomo che si osserva nei casi di flessione, e, quantunque una leggera dismenorrea non è una prova della presenza di grave flessione dell'utero, possiamo asserire che, quando la dismenorrea è cronica si può ritenere che vi è un impedimento all'uscita del liquido mestruale, dovuto, *secondo tutte le probabilità*, alla flessione uterina. Nel capitolo sulla *Dismenorrea* si troveranno altre osservazioni su questo argomento.

Leucorrea. — Le flessioni sono una causa molto comune di leucorrea, e sono pochi i casi di flessione in cui non vi abbia leucorrea ad un maggiore o minor grado. Nel capitolo sulla *Leucorrea*, si troveranno altre osservazioni ad essa relative. Qui, però, è necessario indicare lo speciale rapporto che passa fra le flessioni dell'utero e la « leucorrea da ritenzione », come si può propriamente chiamare. Uno degli effetti non di rado osservati della flessione è la ritenzione delle secrezioni della cavità dell'utero a causa della distorsione di questo, e della chiusura (virtuale) della sua bocca interna.

Non molto di raro si osservano certi casi in cui, negl' intervalli fra una mestruazione e l'altra, di quando in quando — forse una volta ogni due o tre giorni e, per lo più, specialmente durante la settimana o i dieci giorni consecutivi alla cessazione dei catameni — si vede uno scolo di natura puriforme che si mostra bru-

scamente, dura per breve periodo di tempo e poi cessa. È una leucorrea puriforme che *avviene a zampilli*. Questo fatto è dovuto alla flessione cronica dell'utero ed ha luogo per l'imperfetto vuotamento dello stesso. Alla fine dell'ordinario periodo mestruale resta ancora nell'utero qualche cosa. Questo liquido non emesso subisce cangiamenti in virtù dei quali passa allo stato puriforme. L'utero si distende per questa accumulazione, la quale aumenta per aggiunta di altro liquido di natura sierosa segregato dalla mucosa uterina, e,

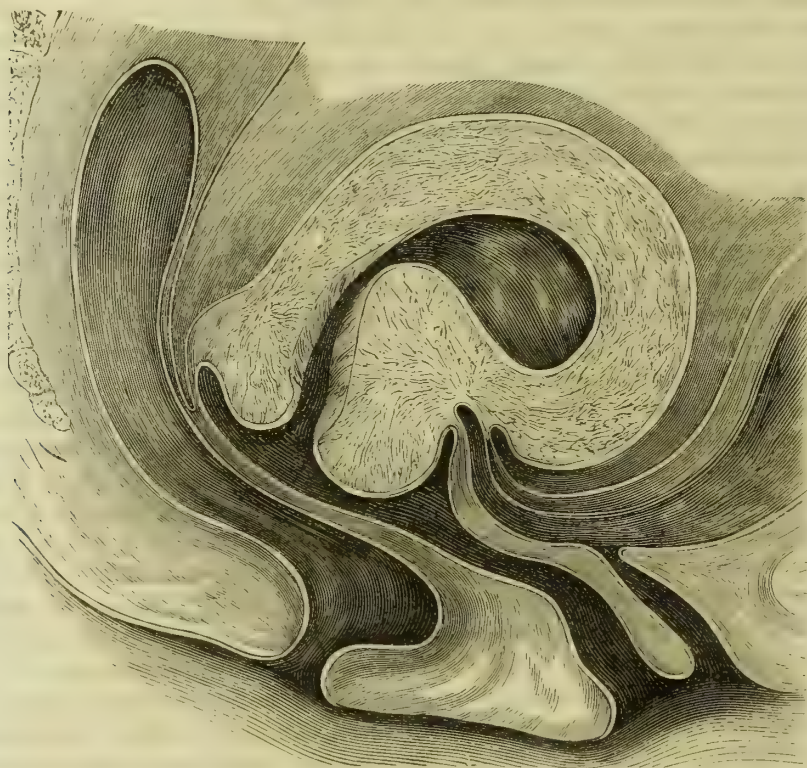


Fig. 42 [1].

quando la distensione raggiunge un certo grado, è espulso in parte, e, dopo qualche tempo, ha luogo un'altra distensione seguita da un'altra espulsione. Io ho osservato molti casi di questo genere, e, la leucorrea puriforme a zampilli è per sè stessa un segno quasi diagnostico della presenza di un'affezione cronica dell'utero, e, per l'esperienza acquistata nello spazio di qualche anno, ho conosciuto

[1] La fig. 42 mostra il terzo periodo dell'antiflessione con distorsione della cavità ed inspessimento delle pareti dell'utero, come si può trovare nei casi di menorragia cronica e di leucorrea a zampilli.

il gran valore di questo segno. Le donne che ne soffrono talvolta dicono di avere « piccoli ascessi » che si vuotano di quando in quando. In certi rari casi, il contenuto uterino ritenuto ha, in realtà, un odore disgustante, perchè ha subito la decomposizione prima di essere emesso. L'utero s'irrita e la mucosa segrega più liquido del solito; in breve, vi è quella che chiamasi endometrite.

Menorragia.—La periodica emissione mestruale spesso ha luogo in maggior quantità nei casi di flessione, ma non sempre si osserva questo aumento, anzi può avvenire il caso opposto. Nondimeno, considerando tutti i casi di menorragia, si vede che la causa più comune è o la flessione dell'utero o qualcuno dei suoi effetti secondarii.

La menorragia spesso avviene per l'ostacolo all'uscita del sangue, questo si accumula nell'utero, lo distende e, di quando in quando, è espulso a getti. Talvolta il processo che si osserva è simile a quello del parto, in proporzioni minori, giacchè l'inferma ha forti dolori ricorrenti e, dopo un certo tempo, finiscono coll'espulsione di una considerevole quantità di sangue : in questo caso, vi è dismenorrea e menorragia associate. Dopo un certo periodo di tempo, l'utero diviene ipertrofico, la sua cavità permanentemente è dilatata, e l'area della sua superficie interna proporzionatamente maggiore. La donna è soggetta, perciò, ad una menorragia permanente, e la quantità di sangue perduta in ciascun periodo può essere grandissima. L'esame delle parti fa scovrire forse una lesione antica con notevole ipertrofia generale dell'utero, ovvero si può trovare tutto l'organo rilassato, molle, congesto, simile a una spugna, il sangue, povero ed acquoso per le prolungate perdite, e l'utero, grosso e distorto, che emette per molti giorni consecutivi larghe quantità di sangue.

Nei casi di menorragia, talvolta si osserva la presenza di coaguli che talora si formano nella vagina, ma, più generalmente, hanno origine nella cavità dell'utero. In questi casi, la ritenzione del sangue è forse il primo fenomeno, poi si coagula, e, in ultimo è espulso. Il passaggio del sangue attraverso la bocca interna ristretta per necessità produce forte dolore. La dismenorrea è gravissima quando i coaguli debbono essere espulsi, ed il dolore, talvolta, è estremo. In alcuni casi il coagulo non è mai espulso intero ma sminuzzato. Senza dubbio, ciò ha luogo in alcuni dei casi in cui si è osservata una leucorrea saniosa per pochi giorni dopo che era cessato il periodo regolare, i coaguli ritenuti si sminuzzano, ed i residui vengono gradatamente, ma con lentezza, espulsi.

Bisogna inoltre osservare che la difficoltà incontrata dall'utero, nei casi sopradescritti, a liberarsi dei prodotti ritenuti è aumentata dalla posizione pendente della parte contenente il liquido. Quando la donna sta in piedi ed il corpo dell'utero è fortemente piegato in

avanti o in dietro, la gravità si oppone all'evacuazione dei contenuti uterini (veggansi le figure 23 e 18). Così, quando l'utero ha la forma di una storta, la pancia dilatata pende in giù, in avanti o in dietro, secondo il caso, ed il liquido deve in realtà salire per oltrepassare la bocca interna dell'utero, ove l'ostruzione esistente è causa di un'altra difficoltà al suo passaggio. In tali circostanze vi è la duplice difficoltà di portarsi in sopra in una direzione opposta all'azione della gravità e di scorrere intorno a un angolo.

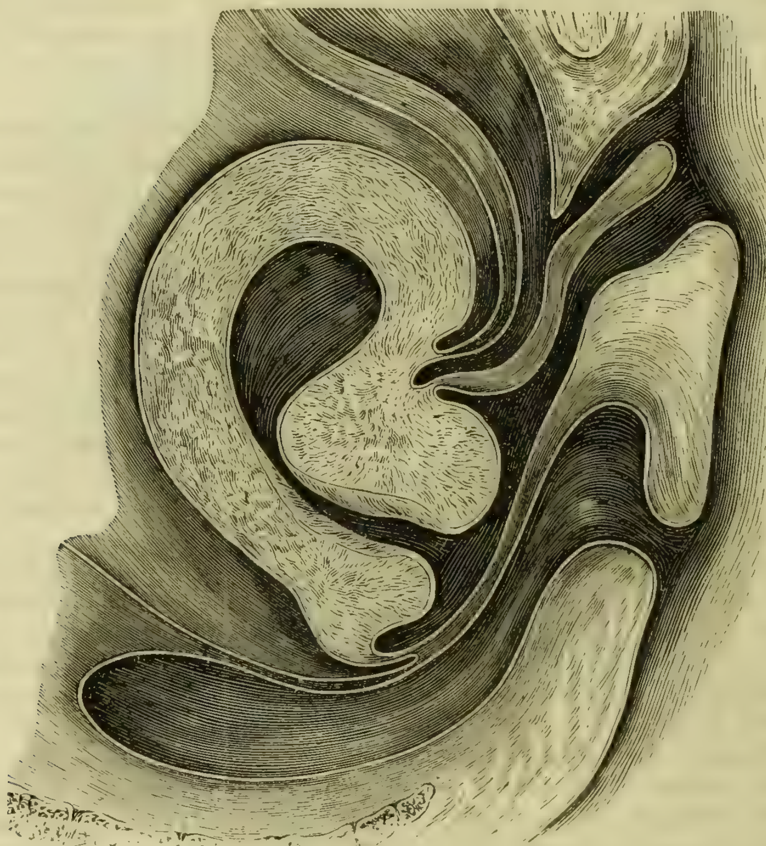


Fig. 43 [1].

L'osservazione clinica di questi casi ne dà prove convincenti della azione di queste leggi naturali. Così, si può trovare che, in un caso di antiflessione con ritenzione purulenta, lo scolo è libero e con-

[1] La fig. 43 rappresenta una grave antiflessione colla cavità uterina aumentata, come nella fig. 42; ma la posizione della pelvi qui è diversa, come se l'inferma fosse in posizione supina. La tendenza di questa posizione è chiaramente quella di portare il fondo dell'utero in sopra ed in dietro.

tinuo fino a che l'inferma resta a letto, ma, quando si alza la mattina, cessa repentinamente, mostrandosi nel corso della giornata di quando in quando; e, nel tornare la sera a letto, manifestasi nuovamente uno scolo relativamente libero e continuo.

Amenorrea. — L'effetto della flessione uterina nell'arrestare lo scolo per un certo tempo è stato già ricordato, ma soltanto a proposito della ritenzione mestruale; in un certo numero di casi, però, la emissione va gradatamente diminuendo, i periodi divengono abitualmente « scarsi », e, in pochi casi, quella cessa del tutto. La reale cessazione della mestruazione per alcuni mesi o la sua fine prematura in un'epoca relativamente precoce si osservano di quando in quando nei casi di flessioni acute. Probabilmente, la compressione dell'organo, che è l'effetto della flessione, vi ha molta parte. Essendo difficile la circolazione dell'utero, questo non è più atto a compiere la sua funzione convenientemente.

Talvolta si osserva l'intero processo. In un caso conosciuto di flessione, la mestruazione è scarsa per un certo tempo. Ogni mese diminuisce la sua quantità. Ben presto, passa un mese senza che si presenti. Dopo un certo tempo, l'intervallo diviene più lungo, e insieme a questi fatti, si notano altri sintomi i quali confermano che la flessione si è aggravata. Allora si pensa a questa e si cura, e l'amenorrea cessa. I casi di questo genere sono importanti e dànno luogo ad interessanti lezioni cliniche (veggasi il capitolo sull'*Amenorrea*).

Sterilità. — Qualunque cosa rende impervia la bocca esterna od interna dell'utero deve necessariamente produrre la sterilità, e, in moltissimi casi, questo fatto è dovuto alle flessioni, poichè il restringimento della bocca interna si oppone al progredire del liquido verso la cavità dell'utero. Ma, in moltissimi casi, la semplice ostruzione non è la sola causa della sterilità. Bisogna tener conto di un altro fatto, cioè, l'alterazione della mucosa del corpo dell'utero, che come abbiamo già detto, può essere prodotta dalla ritenzione di secrezioni nella cavità uterina. Queste secrezioni ritenute hanno senza dubbio una grande influenza nell'alterare il processo fisiologico e nel danneggiare i prodotti del concepimento. Inoltre, lo stato d'irritazione della mucosa, come si osserva in tali casi, non può presentare una superficie adatta all'attecchimento e sviluppo dell'uovo, pur supponendo che questo sia stato fecondato e sia disceso nella cavità uterina.

Aborti. — La causa di gran lunga più comune degli aborti è la flessione dell'utero. La concomitanza quasi sempre osservata dei due elementi — presenza di una flessione conosciuta dell'utero e tendenza all'aborto nella stessa donna — mi ha portato alla suddetta conclusione. Senza dubbio, vi sono altre cause di aborto — sifilide, avve-

lenamento saturnino, accidenti, cadute, colpi, emozioni, ecc., ma, i casi riferibili a queste cause, presi insieme, costituiscono un numero molto piccolo rispetto a quello di tutti gli aborti che hanno luogo.

Il rapporto fra la retroflessione dell'utero e la tendenza all'aborto è abbastanza ben riconosciuto, poichè la retroflessione relativamente è ben nota e si diagnostica con facilità. Ma non è così ben noto, in primo luogo, che l'antiflessione è un'alterazione piuttosto comune, o, in secondo luogo, che è una causa comune dell'aborto.

La prova della verità dell'asserzione che l'aborto è spesso dipendente da flessione dell'utero necessariamente si ottiene soltanto dalle accurate osservazioni cliniche. Solo queste osservazioni debbono essere fatte allo scopo di ottenere le prove necessarie a convincere gli altri come hanno convinto me. Le storie cliniche, come le seguenti, dànno un' importante conferma alle cose sopradette. In un caso di conosciuta antiflessione, ha luogo la gravidanza e subito segue un'aborto. In un altro caso, è sotto cura una flessione la quale fino ad un certo punto, è diminuita; ha luogo la gravidanza ed è seguita da aborto. In un altro caso, in cui è conosciuta pure la presenza della flessione, avviene la gravidanza, la donna la porta a termine e partorisce, poi di nuovo concepisce ed è minacciata da un aborto. Esaminandola, si trova che si è riprodotto l'antico inconveniente, l'utero è flesso. Prendiamo un' altra classe di casi. Una volta avviene l'aborto, l'uovo è emesso in parte, la decidua inspessita e la placenta incipiente rimangono nell' utero. Si esplorano le parti e trovasi l'utero acutamente antiflesso o retroflesso. Di casi simili a questo se ne osserva una sequela, le cui condizioni speciali variano di poco. A quale altra conclusione si può giungere se non che la flessione è la causa dell'aborto? Io, naturalmente, ammetto che si debba tenere debito conto dell'azione di altre cause possibili di aborto e che questi casi speciali debbano essere esclusi dalle sopradette categorie. Per avere una conferma più completa di quanto ho detto, si noti la storia ulteriore dei sopradetti numerosi casi di aborto, e si supponga che debbasi osservare che i fenomeni descritti abbiano una grande tendenza a presentarsi, si continui questa specie di osservazione per molto tempo e si avrà la prova naturale dei fatti.

Il seguente quadro contiene una statistica dei casi dell'ospedale e della pratica privata, con importanti notizie relative alla questione della influenza della flessione dell'utero nel produrre sterilità e nel determinare la tendenza all'aborto. Alcuni dei casi furono osservati due anni dietro nell'ospedale. Una seconda serie appartiene alla mia pratica privata. Ho disposto in modo le due serie di casi da poterne fare il paragone. La conclusione generale è che, prendendo 100

donne con flessione dell'utero, si può prevedere che, in circa la metà di esse, vi saranno sterilità o aborti. Vi è una notevole coincidenza riguardo alle due classi di casi, dell'ospedale e della pratica privata, ed è che, in amendue le serie, vi è sterilità o aborti nel 34 per 100. Similmente riguardo alla fecondità, giacchè nell'ospedale il 65 per 100 ebbero figli (incluse le 11 per 100 che ebbero anche aborti), e nella pratica privata, il 67 per 100 ebbero figli (incluse le 17 che ebbero anche aborti).

Frequenza della sterilità e degli aborti nei casi di flessioni.

	Sterilità o soltanto aborti	Sterilità assoluta: nessuna gravidanza	Aborti soltanto	Figli ed aborti	Nessun aborto	Casi col numero dei figli
Pratica dell'Ospedale Casi di flessione uterina 1865—1869:— 235 { 135 antiflessione, 100 retroflessione }	81 (34.4 p. c.)	57 (24.1 p. c.)	2 (10 p. c.)	27 (11.4 p. c.)	127 (54 p. c.)	
Pratica privata Casi di flessione uterina 1873—1879:— 668 casi (499 maritate, 169 nubili) 499 { 360 antiflessione, 139 retroflessione }	129, 42 } 34.2 p. c.	107, 35 } 28.4 p. c.	22, 7 } 5 p. c.	67, 22 } 17.8 p. c.	164, 75 } 47.8 p. c.	51 inferme ebbero soltanto 1 figlio. 21 ebbero soltanto 1 figlio.

Di donne assolutamente sterili — cioè che non ebbero mai una gravidanza — ve ne furono 24 p. c. fra i casi dell'ospedale e 28 p. c. fra quelli della pratica privata.

Gli aborti hanno luogo molto frequentemente, come si rileva dalla statistica qui sopra. Vi furono alcuni pochi casi (il 10 p. c. nella serie dell'ospedale, ed il 5 p. c. in quella privata) in cui non si ebbero figli, ma vi erano stati aborti, e, oltre a questi casi, ve ne furono altri, nei quali, quantunque l'inferma avesse avuto figli, vi erano stati anche aborti — 11 p. c. nella serie dell'ospedale, e 17 p. c. in quella privata. La media *totale* dei casi di flessione in cui avvenne aborto fu, per i casi dell'ospedale, del 21 p. c., e per i privati, del 22 p. c. — iu altri termini, fu quasi identica.

I suddetti numeri li ho ricavati con grande attenzione dalle note che io posseggo.

È bene parlare ora di quella che può chiamarsi sterilità « secondaria » dipendente dalle flessioni dell'utero. È evidentissimo che le flessioni, le quali si producono dopo il parto, non di raro dànno origine alla sterilità. La donna ha avuto uno o due figli, ma poi è

divenuta sterile. Il quadro seguente, compilato sulle note che io posseggo presenta la statistica relativa alla influenza delle flessioni nel produrre sterilità nelle donne che hanno avuto figli.

Casi di fecondità con consecutiva sterilità.

(Pratica privata).

	Numero dei casi		Media degli anni decorsi	Variazione nel numero degli anni passati
Un sol figlio (dopo passato più di 1 anno)	72	Antiflessione 51	Antiflessione 6.4 anni	Antiflessione 1 a 22 anni.
		Retroflessione 21	Retroflessione 8 anni	Retroflessione 1 a 24 anni.
Due soli figli (dopo passato più di 1 anno)	50	Antiflessione 38	Antiflessione 4.4 anni	Antiflessione 1 a 16 anni.
		Retroflessione 12	Retroflessione 5.1 anni	Retroflessione 1 a 14 anni.

Perturbamento delle funzioni della vescica. — Esso dà luogo ad una classe di sintomi piuttosto comuni nei casi di flessione uterina. Spesso, nell' antiflessione, vi è frequentissimo bisogno di urinare. Questo sintomo talvolta è molto molesto, per la continua necessità di evacuare la vescica che sovente si manifesta ogni 5, o 10 minuti. La ritenzione d'urina tavolta è conseguenza della flessione, più spesso della retroflessione. Talfiata, come conseguenza della retroflessione, si osserva l' incontinenza d'urina. In alcuni casi di antiflessione, vi ha estremo dolore alla vescica, dopo emesso il suo contenuto, prodotto dalla pressione delle pareti della vescica vuota l'una contro l'altra.

I sintomi vescicali non sempre si osservano nei casi di flessione, ma, talvolta, costituiscono il principale o il più molesto sintomo di cui si lamenta l' inferma.

Perturbamento delle funzioni del retto. — Quando vi è flessione uterina, la defecazione spesso è resa difficile in varii modi, a causa della pressione dell'utero sul retto. Questa pressione agisce come agirebbe una valvola, quanto più si sforza l'inferma tanto più completa è la chiusura. In altri casi, la defecazione è accompagnata da considerevole dolore. I casi più gravi, e non sono molto comuni, sono quelli in cui vi è retroflessione accompagnata da rettocele. Il perineo è in parte distrutto, ed il retto sporge un poco nell'apertura vaginale. L'utero è retroflesso, preme sul retto e così lo chiude; da ciò può aversi uno stato di cose penosissimo per l' inferma. Il retto si può ulcerare. Nella parte in cui esso sporge nella vagina, vi è una curva ove è facile che si formino ulcere. Questo è un caso rarissimo, ma la sua esatta interpretazione ha importanza. La retroflessione può così produrre talvolta un' alterazione del retto. In alcuni

casi, l'antiversione oppone grave ostacolo alla defecazione. La retroflessione dell'utero talvolta è causa di cronica e molesta diarrea.

Dolore nell'atto del coito. — *Dispareunia* — Questo è un sintoma ed un effetto delle flessioni dell'utero, che è molto comune e merita attenzione. Naturalmente, vi sono altre condizioni degli organi generativi che possano dare origine a questo dolore, ma, senza dubbio, le flessioni dell'utero ne sono le cause più comuni.

Sintomi nervosi riflessi. — I sintomi inclusi sotto questo nome costituiscono un'importantissima classe. Il rapporto che passa fra essi e la flessione dell'utero soltanto adesso comincia ad essere conosciuto ed ammesso dagli scrittori di patologia uterina. La « nausea » ed il « vomito », « l'isterismo », le « convulsioni », i « disordini psichici », sono i più importanti di questi sintomi riflessi. È impossibile trattare quì completamente questo argomento ; rimando il lettore ai capitoli speciali che vi ho consacrato. Quì, però, è necessario dire che l'evidenza clinica dell'intimissimo rapporto di causa ad effetto fra la flessione dell'utero e questi sintomi nervosi riflessi è indiscutibile. Non si può mettere in dubbio che, in avvenire, quando le osservazioni saranno divenute piu numerose, la verità della suddetta asserzione sarà universalmente riconosciuta.

I sintomi nervosi riflessi non sono però sempre presenti in ogni caso di flessione uterina.

CAPITOLO XVIII.

SPOSTAMENTI E DISTORSIONI DELL'UTERO (FLESSIONI)
6. PRINCIPII GENERALI DI CURA.

Principii di cura. – Indicazioni. 1. Ricostituzione delle forze dell'organismo. 2. Ristabilimento della forma normale e posizione dell'utero.

Difficoltà che s' incontrano. – Questione della necessità di esaminare le parti – Definizione della cura generale e locale – Curabilità delle flessioni – Varie cause di difficoltà.

Cura generale. – Ricostituzione del potere e dell'attività nutritivi – Riposo; come bisogna osservarlo – Modo di utilizzare l'influenza della gravità – Attenzione allo stato dello intestino.

Cura locale. – Cura colla posizione – Posizione prona sulle ginocchia – Posizione orizzontale. Uso ripetuto della sonda – Casi in cui ciò conviene. Uso della sonda, combinato colla dilatazione del canale per mezzo di una sonda dilatatrice. Cura coll'asta uterina. Casi che la richieggono – Suo valore ed opportunità. Uso delle tente. Incisione del canale uterino. Pessarii vaginali. Metodo generale di azione – Casi in cui sono applicabili. Necessità di accoppiare alla cura colla posizione l'uso della sonda. Altre norme da seguire quando si usano i pessarii vaginali. Sostanza dei pessari vaginali. Sommario generale. Cura palliativa. Uso delle injezioni di acqua calda. Oppiacei. Cura della congestione concomitante.

Nei diversi casi di flessione uterina sono necessarie varie modificazioni relative alle particolarità ed al processo meccanico, come appresso spiegheremo più diffusamente. Quì, però, intendiamo discorrere dei principii generali di cura di queste affezioni.

Le indicazioni principali sono:

1.° Di ristabilire o far migliorare lo stato generale delle forze e la vitalità dell' inferma la quale trovasi quasi sempre in uno stato di deterioramento più o meno accentuato.

2.° Di ristabilire la forma e la posizione fisiologiche dell' utero. In pratica, si troverà impossibile una cura soddisfacente dei casi se non si tien conto di amendue le suddette indicazioni.

Dalla natura del caso speciale dipenderà la importanza maggiore della prima o della seconda indicazione.

Nei casi in cui la flessione è di grado leggero ed è recente, i mezzi generali possono riuscire completamente, giacchè l'utero partecipa al miglioramento di tutto l'organismo prodotto dalla cura generale.

Quando, però, la flessione è grave ed è antica, nessuna cura generale potrà farla cessare, e sarà necessaria la locale per vedere la guarigione. Nei casi gravi e di lunga durata, la sola cura locale non basta ; fa d'uopo associarvi la cura generale, altrimenti non se ne vedranno gli effetti.

Eccoci alla questione dell'uso della cura locale dell'utero, quando trattasi di donne nubili con affezione del genere di quelle di cui ci occupiamo. È bene studiare quale è il miglior modo di superare queste difficoltà.

La prima difficoltà riguarda la *diagnosi*. Nelle donne giovani e nubili, la diagnosi, a principio, come è naturale, è soltanto presuntiva. La persistenza di speciali sintomi per molti mesi consecutivi, come un notevole peggioramento della salute, un'ostinata nausea, una pertinace dismenorrea, una continua difficoltà alla locomozione, sofferenze incessanti riferibili all'utero ; in queste circostanze, si può fare una completa diagnosi, invece di aspettare, come talvolta si fa, due o tre anni prima di tentare di ottenere qualche positiva informazione. Molte volte, una conoscenza abbastanza esatta del caso si può avere facendo un esame per la via del retto, o, per mezzo di questo, si può accertare se sia necessaria un'ulteriore e più esatta esplorazione. La diagnosi fatta anche in questo modo imperfetto è utile a indicare quale metodo generale di cura debbasi con maggiore probabilità usare (accertando, per esempio, se trattasi di antiflessione o di retroflessione) o se la malattia è tanto grave da rendere indispensabile l'esplorazione vaginale. Nelle giovani donne nubili spesso è bene usare un anestesico quando bisogna fare l'esplorazione della vagina. È impossibile tracciare per tutti i casi una linea precisa di condotta. Da una parte è disdicevole sottoporre le donne giovani all' esplorazione vaginale se non è ritenuta necessaria dietro ponderato esame. Dall'altra parte, si deve tenere a mente che l'origine di un lungo e generale stato d'invalidità può dipendere dal trascurare per due, tre o quattro anni una grave flessione uterina, e perciò l' indugiare a fare il *necessario* esame delle parti può essere dannosissimo all' inferma. Nei casi in cui i sintomi hanno persistito per alcuni anni, non bisogna avere scrupolo ad insistere sulla necessità di un esame diretto.

Ora si richieggono alcune osservazioni dichiarative, rispetto a ciò che s' intende per cura generale e locale. È stato già detto che la cura generale spesso produce un effetto locale. Fra le cure locali, la più efficace è la meccanica. Per cura meccanica non s'intende, però, l'uso di strumenti o di processi che per necessità li richieggono. Vi sono metodi di cura i quali, nel loro modo di agire, sono rigorosamente meccanici — utilizzandosi la forza di gravità, il riposo e simili — benchè non implichino un processo chirurgico nell'ordinario senso della parola.

Curabilità delle flessioni uterine. — La natura apparentemente incurabile di certe forme della malattia ha indotto alcuni scrittori a concludere che le flessioni siano incurabili. Come asserzione assoluta, senza dubbio questa è un errore, quantunque in alcuni casi sia certamente molto difficile ottenere una completa guarigione.

a. Una sorgente di difficoltà è la debolezza dell'utero per cattiva nutrizione. Fino a che i tessuti dell'organo rimangono molli e cedono alla pressione, la guarigione della flessione è impossibile.

b. Un altro ostacolo è l'atrofia spesso presente nelle flessioni antiche nel punto dell' incurvamento, la quale atrofia produce questo effetto che, mentre può essere facile il mantenere l'organo artificialmente nella sua forma normale, non appena si abbandona a sè stesso ritorna la flessione. L'utero virtualmente ha perduto il suo picciuolo.

c. Un'altra difficoltà è opposta dalla rigidità dell'utero. Essa si manifesta in una certa forma anormale e, quantunque per mezzo della sonda si possa correggere l'incurvamento, non appena questa si ritira la flessione si ripresenta. La rigidità può essere accompagnata o no da atrofia intorno alla bocca interna.

d. La presenza di adesioni, che fissano il fondo dell'utero in giù nella sua posizione anormale, costituisce un altro ostacolo.

e. La più comune difficoltà, però, è la mancanza di un'esatta diagnosi del preciso stato fisico dell'utero in ogni caso speciale.

L'uso della sonda è un importante aiuto a determinare la curabilità di un dato caso di flessione. A ogni modo, è possibile per mezzo di essa valutare la rigidità dell' utero. Raddrizzando dolcemente colla sonda e poi ritirandola, ed osservando dopo quanto tempo l'utero ritorna nel suo stato flesso, si ha il grado di rigidità. In una retroflessione grave, inveterata, supponiamo, per esempio, che la sonda rimetta il fondo dell'utero alla sua posizione normale, ma che, non appena si ritira lo strumento, col dito si sente ritornato il fondo dell'utero all'antico posto, è evidente una considerevole rigidità; ma l'essere l' utero raddrizzato dalla sonda dimostra che la guarigione è possibile. Il grado di resistenza incontrata nel cangiare la forma dell'utero colla sonda indica, fino ad un certo punto, il grado di difficoltà della guarigione.

L'atrofia della parete uterina è indicata dal tatto; dopo introdotta la sonda, si può valutare la spessezza della parete dell' utero, nel sito della flessione, premendo col dito sulla parte opposta.

Circa la curabilità dei diversi casi, possiamo notare alcune norme generali.

I casi più curabili sono quelli in cui la malattia non dura da più di due anni, e l'utero non è molto resistente quando si tenta di ridare ad esso la sua forma fisiologica per mezzo della sonda.

Fino all'età di 30 anni, la mobilità è abbastanza facile, pur quando

la malattia ha durato alcuni anni, ammesso che non vi sia notevole atrofia delle pareti, che la riposizione per mezzo della sonda non sia molto difficile e che non vi abbiano altre complicazioni.

Dopo i 30 anni, la guarigione delle flessioni inveterate diviene sempre più difficile, e, a 40 anni, per esempio, la guarigione di una grave retroflessione, che dura da un decennio, è difficilissima.

Possiamo asserire che, generalmente, il tempo richiesto ad ottenere una guarigione è in ragion diretta della durata della malattia. I casi recenti guariscono colla massima facilità e, inoltre, più completamente, giacchè le flessioni di lunga durata, anche quando sono guarite, hanno una grande tendenza a riprodursi. Io potrei dare le notizie particolari di casi di antiflessione e retroflessione, guariti così bene che le donne concepirono ed ebbero figli, eppure la flessione riapparve negli intervalli tre o quattro volte — per esempio, una volta dopo compiutosi ciascun parto — e fu necessaria una cura relativa che fu sempre più efficace. Sembra probabile che, quando si presta la debita attenzione alla cura generale, la guarigione delle flessioni uterine è più completa. La mia personale esperienza conferma questa conclusione.

In ultimo, bisogna dire che alcune speciali forme di flessione guariscono più difficilmente di altre, come diremo più diffusamente appresso (veggansi i capitoli sull'*Antiflessione* e *Retroflessione*).

Il Dr. Paolo E. Mundé [1] di recente ha letto un importantissimo lavoro « Sulla curabilità degli spostamenti uterini ». Egli dice: « si può sperare e si otterrà un effetto permanente, la *guarigione*, solo quando lo spostamento è di data recente, sovratutto quando è stato prodotto da qualche repentina scossa materiale, o quando la completa metamorfosi dei tessuti, che accompagna l'involuzione puerperale, contribuisce a restituire ai sostegni dell'utero ed all'utero stesso il loro primitivo e fisiologico tono ».

I pessarii, secondo il Dr. Mundé, producono un miglioramento temporaneo, e, in alcuni casi soltanto, la guarigione. Egli preferisce d'introdurre giornalmente nella vagina tamponi astringenti, per alcuni casi di spostamento in avanti e in dietro, e ritiene che ciò costituisca il solo rimedio efficace e certo per la maggior parte dei casi di procidenza. Egli sostiene che questa cura è preferibile all'uso dei pessarii duri o molli.

Le opinioni del Dr. Mundé sulla difficoltà della guarigione fino a un certo punto sono esatte, ma io credo che questa difficoltà sia esagerata. L'importanza di trar profitto dell'epoca della involuzione puerperale per ristabilire la forma dell'utero è certamente grande, come dice il Dr. Mundé ma, sfortunatamente, in molti casi, non vi è gravidanza da cui possiamo aspettare un aiuto.

---

[1] *Amer. Journ. of Obstet.* Oct. 1881.

Cura generale. — Il primo obbietto è di mantenere la nutrizione del corpo in uno stato di attività. L'attenzione a questo fatto è specialmente necessaria nei casi in cui vi è molta debolezza generale, e in cui si sa o si sospetta che l'utero è in uno stato di mollezza anormale. Possono decorrere molti mesi prima che si osservi un grande miglioramento. In un caso di esaurimento cronico per inedia che dura da alcuni anni, è necessario molto tempo perchè si ristabilisca l'attività nutritiva. Abbiamo già detto (veggasi pag. 86) qual'è il miglior mezzo per ottenere questo scopo. Ma qui dobbiamo notare che l'esperienza dimostra fino all'evidenza che il segreto del successo, nella cura delle flessioni croniche, nei casi di utero debole, atonico e molle, è un'alimentazione persistentemente accurata.

Non è, considerevole il numero di casi in cui si può fare a meno di preoccuparsi molto della nutrizione dell'organismo in generale. Non di raro, s' incontrano casi di flessione cronica, in cui la prostrazione è così grave per una prolungata semi-inedia che, a principio, reclama quasi esclusivamente tutta la nostra attenzione. La principale malattia per il momento è, infatti, l'esaurimento generale, ed è necessaria una grande attenzione per salvare l' inferma da una morte provocata dalle sue conseguenze. Tali casi estremi si osservano principalmente quando la flessione ha dato origine ad un vomito cronico ostinato e l' inferma è stata così in realtà priva di nutrimento per lungo tempo.

Il *riposo* è la parte più importante della cura generale.

L' indicazione è di allontanare dall'utero qualunque pressione. La posizione orizzontale, modificata in varii modi, è quella che meglio fa raggiungere questo scopo.

Dipende dalla gravezza del caso il grado fino a cui si deve insistere sul riposo. Talvolta è semplicemente necessario ordinare alla inferma di astenersi da certi sforzi e di passeggiare poco ; altre volte , al contrario , non si otterrà nulla se non s' ingiunge il più assoluto riposo da osservare per qualche tempo.

Riguardo al riposo , dominano alcuni errori. Il sedere nell'ordinaria posizione, in una sedia con spalliera verticale, non significa stare in riposo nei casi di flessione dell'utero; si ritenga la stessa cosa ,per il viaggiare in vettura.

Il riposo è più specialmente necessario nei periodi mestruali, giacchè i sintomi molesti allora probabilmente si aggraveranno. Vi sono varie altre precauzioni da prendere, le quali saranno suggerite leggendo la lista delle *cause* della flessione dell'utero , data a pag. 132.

L'esperienza mi ha convinto che, nei casi cronici, la persistente azione della forza di gravità può essere utilizzata molto largamente con un conveniente sistema di riposo. Quando si adoperano i mezzi interni meccanici, fa d'uopo servirsi colle debite regole del riposo

come coadiuvante della cura; soltanto a questo modo si possono vincere alcune delle difficoltà dei casi cronici.

L'uso scientifico del riposo associato all'alimentazione, al massaggio, ecc., applicato su vasta scala dal Dr. Weir Mitchell, in America, e di cui abbiamo fatto cenno in un capitolo precedente, costituisce appunto la cura conveniente nei casi di cui ora ci occupiamo.

Bisogna sempre badare allo stato dell'intestino. Questo deve essere evacuato ogni giorno, vuoi per mezzo di un clistere di 250 grammi di acqua tiepida o di una piccola dose di qualche aperiente. È cosa importantissima l'impedire gli sforzi cui può dare origine la costipazione dell'intestino, e possiamo ritenere che queste precauzioni saranno sempre indispensabili per le donne che non fanno un moto regolare.

Cura locale. — La prima misura da adottare circa la cura locale è la « posizione ». In questi ultimi anni io l'ho adottata con grande vantaggio, sia sola, sia insieme ad altri mezzi locali. Negli Stati Uniti, il Dr. Campbell, di Georgia, ha specialmente raccomandato la posizione prona nella cura delle retroflessioni dell'utero non gravido. Le qui annesse figure spiegano questo principio di cura. La fig. 44 è uno schema della posizione presa dalla inferma.



Fig. 44.

La fig. 45 mostra l'utero in una posizione retroversa; stando l'inferma sulle ginocchia è evidente che il peso dell'utero tenderà a spingerne il corpo in avanti. La figura 46 mostra l'inferma nella stessa posizione coll'utero rivolto in avanti. La figura 47 rappresenta uno specolo o tubo, che il Dr. Campbell raccomanda d'introdurre nella vagina per far sì che l'aria vi penetri e facilitare così il ritorno del corpo dell'utero nella sua posizione normale. La necessità dell'uso di questo tubo è stata combattuta. Io molte volte ho ordinato la semplice posizione sopradescritta, senza il tubo, e gli effetti sono stati soddisfacenti. Io ho trovato la posizione prona sulle ginocchia e sui gomiti utilissima nei casi di retroflessione o di antiflessione. Si deve ingiungere all'inferma di mantenere questa posizione per due a quattro o cinque minuti parecchie volte al giorno, o semprechè sia conveniente farlo, e si continuerà in questo modo per alcune settimane. La cura colla posizione, naturalmente, può essere fatta dalla stessa inferma, ciò che è un vantaggio in molti casi in cui altri metodi di cura locale non sono applicabili. La cura colla posizione non basta per sè stessa nei casi gravi, ma è sempre utile insieme ad altri mezzi.

Nei casi di spostamento in avanti dell'utero, la posizione orizzontale sul dorso è la migliore, e se ne aumenta l'effetto mettendo un

guanciale sotto il sacro. Questa posizione è la peggiore nei casi di spostamento in dietro, e, non di raro, s'incontrano casi di retroflessione resi cronici perchè l'inferma è stata a giacere sul dorso per un tempo considerevole. Quando trattasi di retroflessione, l'inferma deve, per regola, giacere di lato, o, in ogni caso, non sul dorso. Appresso discuteremo più a lungo questi punti.

Parliamo ora dei metodi speciali di cura interna locale.



Fig. 45.

La *sonda* è uno strumento per mezzo del quale si può rettificare la forma dell'utero. Il ripetere questa rettificazione ad intervalli è un metodo di cura interna di gran valore. L'operazione consiste nell'introdurre attentamente la sonda fin'oltre la sede della flessione,



Fig. 46.

e poi girarla dolcemente, in modo che la sua concavità si trovi dal lato opposto. La sonda deve essere curvata leggerissimamente, si deve introdurre con dolcezza e non spiegare nessuna forza. Tenendo la sonda nell'utero per pochi minuti, dopo che è stata ridotta per mezzo di essa la flessione, si ottiene un maggiore effetto. Questo metodo di riduzione, se si fa bene, si può ripetere ogni due o tre

giorni, ove sia necessario: esso gradatamente corregge una flessione ostinata. Frequentemente, è utile unire l'uso di un pessario alla cura colla sonda, ma la duplice cura è più probabilmente causa di sintomi irritativi, e, se al tempo stesso si porta un pessario vaginale, la frequente ripetizione dell'uso della sonda non è ben tollerata.

Nel distendere l'utero colla sonda, bisogna fare manovre molto dolci e lente. È utile adoperare una sonda quasi diritta, acciocchè la torsione dell'utero da essa prodotta sia minore. Naturalmente, è più difficile introdurre una sonda quasi diritta, ma questa non deve essere mai adoperata da chi non è capace di attraversare con essa una flessione acuta.

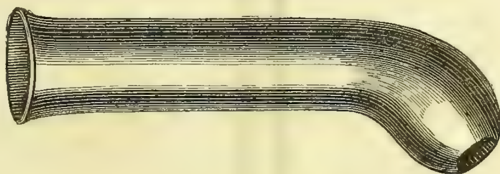


Fig. 47.

I pericoli che accompagnano la suddetta cura sono l'irritazione e l'abrasione della mucosa uterina e la produzione di un processo quasi piemico o realmente piemico, onde fa d'uopo una grande accortezza per evitare l'abrasione o il maltrattamento della mucosa dell'utero.

La cura colla sonda non è adattata ai casi in cui l'utero è molto molle. Non si deve applicare in un'epoca molto vicina al periodo mestruale, sia prima, sia dopo di questo, ed è meglio che l'inferma rimanga in posizione orizzontale per circa mezz'ora dopo usata la sonda.

Accoppiamento della dilatazione coll'uso della sonda. — Un metodo di cura che consiste nell'adoperare una sonda dilatatrice talvolta è molto efficace. Non è opportuna nei casi in cui il canale uterino è molto tortuoso, ma si può adottare quando è divenuta abbastanza facile l'introduzione di un'ordinaria sonda quasi diritta.

Lo strumento che io adopero al suddetto scopo è stato copiato da uno più grande, che usava il Dr. Rigby, e me lo ha costruito Coxeter. Il principio su cui è fatto non è nuovo, somigliando ad un allargaguanti, ma le branche dilatatrici sono piccole e possono facilmente introdursi. Dopo introdotte, si allontanano per l'azione di una vite, e si può impiegare una grande forza nel punto in cui la dilatazione è maggiormente necessaria, cioè nella bocca interna. Questo strumento si deve usare con grande precauzione ed accortezza. Il suo obbietto è di allargare molto gradatamente il canale uterino. Questa dilatazione si deve ripetere, perciò, ad intervalli di due o più giorni, e dev'essere leggera. Non è sicura la dilatazione prodotta da questo strumento se non s'introduce senza abradere il canale uterino. È meglio evitarne l'uso quando si trovano applicati pessarii vaginali.

Il dilatatore metallico sopradescritto deve avere una leggera scanalatura sul lato opposto alla piccola protuberanza che indica la



Fig. 48 [1].

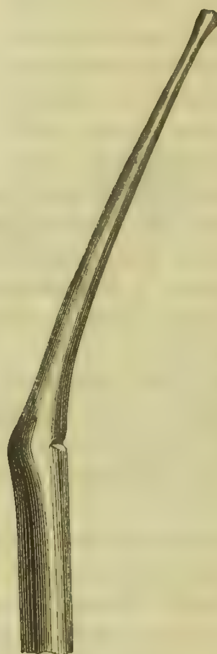


Fig. 49 [1].

profondità del canale dell'utero. Così, l'operatore può conoscere quando

[1] Le figure 48 e 49 rappresentano il dilatatore uterino di Graily Hewitt. La figura 48 mostra lo strumento in piccolo, la figura 49 mostra le branche a grandezza naturale.

lo strumento è convenientemente introdotto (veggasi la fig. 49 a pag. 180).

Il sistema di dilatazione sopraindicato si fonda sopra un principio identico a quello della dilatazione graduale con candelette successivamente più grandi, fatta alcuni anni dietro dal Dr. Mackintosh per curare la dismenorrea.

Una dilatazione più rapida ed estesa del canale dell'utero è stata fatta da Schultze per avere in un'operazione un considerevole allargamento dello stesso. Il processo consiste nel dilatare in primo luogo il canale colle tente, e poi si esegue una dilatazione forzata con uno strumento a due branche, in modo da rompere i tessuti del canale cervicale e procurare una larga via.

Ora dobbiamo occuparci della cura delle flessioni per mezzo dell'*asta uterina*. L'obbietto di questa è di mantenere una riduzione continua della flessione e conservare diritto il canale dell'utero, sapendosi che, dopo fatta questa cura per alcune settimane o mesi o più, l'utero manterrà permanentemente una forma più normale, ed il canale uterino cesserà di opporre ostacolo alla mestruazione e ad altre funzioni dell'organo.

Salvo certe riserve, che ora indicheremo, non vi è dubbio che la cura coll'asta uterina presenta uno dei migliori metodi per i casi di flessione cronica dell'utero. Molti lo condannano, e, fra quelli i quali lo ritengono razionale e buono, ve ne sono alcuni che non l'applicano molto e vi ricorrono soltanto nei casi eccezionali.

Vi sono varii metodi per usare l'asta intra-uterina, alcuni dei quali sono molto migliori e più efficaci degli altri.

Ecco secondo me, che cosa si richiede :

1.° L'asta deve essere levigata, rotonda all'estremità, di sostanza inalterabile, e non deve sporgere più di un terzo di pollice nella cavità del corpo dell'utero, sicchè tutta la sua lunghezza non deve oltrepassare 1 e 3[4 o 2 pollici.

2.° Deve essere connessa ad una porzione vaginale; sicchè i movimenti di tutto l'utero possano avvenire fra certi limiti. Alcuni hanno l'abitudine di adoperare una semplice asta uterina il cui obbietto è soltanto quello di mantenere il canale dell'utero diritto, e non impedisce che esso cada in uno stato di antiversione o di retroversione.

3.° Il canale uterino deve essere precedentemente dilatato abbastanza onde si possa introdurre con facilità lo strumento.

4.° L'utero non deve essere in uno stato di irritazione.

Naturalmente, nei casi di retroflessione, non si può applicare questo metodo di cura.

Non vi può essere dubbio che l'asta uterina si può colla massima sicurezza adoperare da una mano esperta che stia attenta alla na-

tura degli accidenti che possono occorrere, e che sappia scegliere i casi nei quali applicarla ; è del pari certo che questo mezzo è di grande ajuto in certi casi difficili. D'altra parte, bisogna ammettere che, essendo impossibile esercitare sempre una completa vigilanza, molto spesso son da preferire altri metodi di cura. Quando l'utero ha acquistato una certa tolleranza per lo strumento e questo si adatta bene, si può portare senza alcun disturbo per mesi successivi. Secondo la mia esperienza personale, si tollera di più nei casi in cui la flessione è meno grave, e bisogna ricordare questa cosa nel trattare la questione dell'applicabilità *generale* o piuttosto della superiorità del metodo di cura coll'asta uterina. Quando vi è una grande atrofia delle pareti dell'organo, a causa d' inveterata flessione, questo metodo di cura, per essere efficace, si deve prolungare per molto tempo ; pur quando vi si è persistito per un anno o press'a poco, nell'allontanare lo strumento può avvenire che la flessione si riproduca quasi allo stesso grado di prima. Io ho veduto che, in taluni di questi casi, i pessarii vaginali o extrauterini sono il solo mezzo pratico per impedire la riproduzione della flessione. Nei capitoli sull'*Antiflessione dell'utero* si troveranno varie particolarità relative all'applicazione dell'asta uterina.

Uso delle tente. — Le tente talvolta si adoperano per curare le flessioni dell'utero ; esse dilatano il canale uterino e fanno cessare temporaneamente la flessione. Le tente sono state usate tanto per aprire una via all'introduzione di un'asta uterina quanto per raddrizzare il canale.

Quando le tente si devono introdurre in modo da oltrepassare la bocca interna dell'utero — punto che, in generale, richiede la maggiore dilatazione — spesso è necessario dilatar prima il canale inferiormente, allo scopo di raggiungere con facilità la bocca interna.

Le tente non producono che un effetto temporaneo sull'utero. Esse si possono forse usare ad intervalli per raddrizzare il canale , ma non sembra che una sola manovra sia per sè stessa di grande utilità nel caso di una flessione cronica, benchè possa essere utilissima come preparazione ad altri metodi di cura.

Nell'usare le tente bisogna essere molto attenti e cauti. Più tardi esporremo le particolarità che le riguardano.

Incisioni del canale uterino. — Si è fatta su vasta scala l'incisione del canale uterino per curare la sterilità o la dismenorrea. Questa operazione non gode un gran favore oggi che si sta meglio comprendendo come il supposto restringimento del canale cervicale, nella maggior parte dei casi, dipenda dalla flessione dell'utero. Ma è stata anche eseguita collo scopo di agevolare la cura della flessione uterina, essendosi talvolta diagnosticata debitamente e valutata questa alterazione.

La pratica adottata è di fare incisioni longitudinali ad una considerevole profondità nel canale cervicale, nell' introdurre poi in questo prima un piumacciuolo di filacce e poi un'asta uterina. Questa operazione sarà descritta più particolarmente appresso.

Pessarii vaginali. — Una volta si usavano i pessarii vaginali semplicemente per impedire il prolasso dell' utero; oggi si adoperano, e con gran successo, nella cura delle flessioni uterine.

È un grave errore il supporre che qualsiasi pessario sia buono per qualsiasi caso. Se si applica allo scopo di far cessare o diminuire una flessione dell'utero, il pessario vaginale si deve con molta attenzione adattare alle esigenze del caso, altrimenti farà più male che bene. Il Dr. Gaillard Thomas dice a questo proposito: « è necessaria una grande esperienza per chiunque voglia adoperarli colla certezza di ottenere buoni risultati. Bisogna averne un grande e svariato assortimento e possedere una sufficiente abilità meccanica per modellarli e adattarli alle esigenze dei casi speciali ».

Il secreto del successo nell'applicare un pessario vaginale, quando questo è richiesto per la cura delle flessioni dell'utero, sta 1) nella esatta valutazione della forma, grandezza e posizione del canale vaginale; 2) nell'usare uno strumento che non distenderà esageratamente il canale vaginale, ma regolerà in un modo costante i movimenti *del corpo dell'utero.* Nessun'altra cosa può dare una nozione della specie di effetto che è necessario produrre meglio dello spingere il fondo dell'utero in sopra per mezzo del dito. Supponiamo che il corpo dell'utero si possa sentire dietro al collo (nella retroflessione), premendo contro questo col dito, si può fare ascendere. Ora questa è l'azione che deve spiegare il pessario vaginale, il quale ha il vantaggio di agire in un modo costante. Nei casi di antiflessione, la pressione si deve fare innanzi al collo dell'utero.

Generalmente, la pressione è necessaria o innanzi o dietro al collo uterino. Essa deve avere un punto d'appoggio o base da cui partire. Questa base è il canale vaginale, in cui si deve situare lo strumento. Alcuni pessarii vaginali spiegano circolarmente la loro pressione intorno all'utero, e, quando non si è fatta una diagnosi molto esatta, questi pessarii sono migliori, o almeno più sicuri, di altri che sono più specialmente destinati a produrre una pressione in una determinata direzione.

I pessarii vaginali che producono una pressione in un dato senso (innanzi o in dietro, secondo il caso) operano sulla flessione: 1) spingendo il fondo in sopra e 2) facendo una trazione sul collo dell'utero. Così, in un caso di retroflessione, il pessario di Hodge contemporaneamente spinge il fondo dell'utero in sopra e tira il collo in dietro. È un'azione combinata, e talvolta l'effetto non è quale si desidera perchè la trazione sul collo è troppo grande e si fa girare l'utero

sul suo asse traversale senza raddrizzarlo. Più tardi esporremo molte particolarità relative a questo argomento.

Se è necessario, di quando in quando si può aumentare l'effetto del pessario vaginale graduandone metodicamente le dimensioni.

I pessarii vaginali che spiegano una pressione determinata debbono essere vigilati, altrimenti può avvenire che l'utero ceda e si fletta in una direzione opposta. Ciò può accadere soltanto quando l'utero è piuttosto molle. Sicchè, un pessario vaginale può agir bene per tre mesi, ma, passato questo tempo, può essere necessario il riaggiustarlo.

Spesso, nelle flessioni leggere e recenti, il pessario vaginale è la sola cura richiesta. Se la flessione è cronica, è necessaria una cura preliminare, ovvero (e su ciò richiamo particolarmente l'attenzione) bisognerà tenere l' inferma in uno stato di perfetta quiete, in posizione orizzontale, finchè la pressione dello strumento sia ben tollerata. È un grande errore quello di applicare un pessario che produce una considerevole pressione e di permettere al tempo stesso che l' inferma attenda alle sue solite faccende. Nei casi gravi, insieme al pessario vaginale, bisogna sempre trar profitto dalla posizione. Nella maggior parte dei casi cronici e difficili e di lunga durata, mi è sembrato che nessun metodo fosse migliore della triplice cura che consiste 1) nella posizione, 2) nell'uso del pessario vaginale, e 3) nell'uso della sonda uterina o del dilatatore uterino. Questo metodo, benchè nojoso, sembra che sia il più efficace.

Degna di attenzione è la necessità degli aperienti o dei clisteri quotidiani quando si portano pessarii vaginali. Non sempre, ma spesso si osserva che la funzione naturale dell' intestino è un poco diminuita, ed allora bisogna ricorrere alle medicine interne o ai clisteri.

Nella maggior parte dei casi in cui si portano pessarii vaginali, fa d'uopo fare injezioni in vagina, massime quando il periodo mestruale sta per finire; 250 grammi di acqua piuttosto calda, a cui si è unita una cucchiajata di liquido di Condy, [1] è la migliore injezione.

Dobbiamo dire qualchecosa circa la *sostanza* con cui si fanno i pessarii vaginali. Quando il pessario si deve portare per qualche tempo e non è necessario cambiarne la forma, la migliore sostanza è la vulcanite. Il filo di rame coverto di gomma elastica è buono, giacchè, per la sua mollezza e per la natura della sua superficie, mantiene la sua posizione meglio del pessario di vulcanite e, inoltre, perchè vi si può fare qualunque leggero cangiamento di forma con facilità. Però, con questa specie di pessario si richiedono più spesso le injezioni detersive. Talvolta sono molto convenienti i pessarii metallici.

[1] Questo liquido è un preparato disinfettante contenente permanganato di potassa.
SCAMBELLURI

Lo stagno puro è una buona sostanza quantunque più pesante della vulcanite. È eccellente l'alluminio per la sua leggerezza.

I tamponi vaginali sono stati usati piuttosto largamente, in America ed altrove, nella cura delle flessioni. Il Dr. Paolo F. Mundé, di New-York, dice « l'uso protratto di tamponi vaginali astringenti, introdotti ogni giorno, presenta, per alcuni casi di anti- e retroflessione, un eccellente rimedio, e, per alcuni casi di procidenza, quasi il solo efficace e sicuro rimedio dello spostamento, di gran lunga superiore a tutti i pessarii duri o molli » [1].

Io ho poca esperienza sull'uso dei tamponi, ma è facile comprendere che possono essere di grande utilità, quantunque il bisogno di una assistenza giornaliera all'inferma, che richiede il loro uso, è un grandissimo svantaggio.

Credo che si sia usata l'elettricità a Parigi per la cura delle flessioni uterine con qualche successo, e mi sembra probabile che possa essere molto utile se si applica con perseveranza ed abilità; ma non bisogna attendersene grandi effetti nei casi cronici antichi, mentre, nei casi recenti, riescono metodi di cura più semplici.

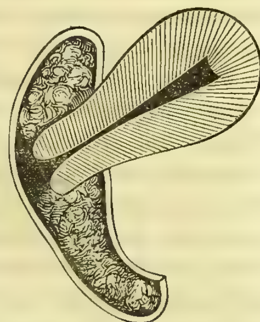


Fig. 50 [2].

Sommario generale. — Nella maggior parte dei casi, è necessario il ristabilimento della solidità e naturale resistenza dei tessuti uterini quando l'alterazione è recente, ed anche in molti di quelli in cui è antica.

Fino a che mancano all'utero queste qualità, bisogna ordinare un sistema di riposo o applicare altri mezzi, per esempio i mezzi interni, per impedire che l'azione della gravità riproduca la flessione.

Quando la flessione è confermata e l'utero è duro, si richiede molto tempo per raddrizzarlo, e bisogna fare una prolungata applicazione di mezzi interni dopo che la flessione è cessata, per impedire che l'azione della gravità la faccia riprodurre. In quest'ultima classe di casi, spesso si richiede la dilatazione del canale uterino, e talvolta bisogna fare la incisione del collo per facilitare il ristabilimento della forma fisiologica.

Cura palliativa. — Molte volte bisogna curare il dolore, l'irritazione e la molestia di cui soffre l'inferma, indipendentemente dalle misure richieste per la cura della flessione o insieme alle stesse. Così, quando vi è congestione acuta dell'utero il dolore può essere fortissimo; a calmarlo sono molto utili le injezioni vaginali di acqua calda (alla temperatura di 38° a 43° c.). Il Dr. Emmet raccomanda

[1] *On the Curability of Uterine Displacements*, p. 24.
[2] La figura 50 mostra (secondo Thomas) la posizione del tampone nel canale vaginale.

molto l'uso ripetuto delle injezioni di acqua calda quando l'utero è in uno stato d' irritazione, ed io stesso ho osservato che le inferme ne traggono grandissimo beneficio.

Dagli oppiacei si ottiene una rapida azione calmante del dolore, adoperandoli in forma di suppositorio o di injezioni nel retto di acqua laudanizzata.

La congestione, tanto spesso congiunta alla flessione, è curata da alcuni pratici colle sanguisughe o colle scarificazioni alla bocca dell'utero. In taluni casi, non vi può essere dubbio sull'utilità di questa deplezione locale; confesso, però, che in pratica trovo molto raramente necessarie queste misure, giacchè, quando si facilita la circolazione uterina elevando il fondo dell'organo, la congestione cessa. Vi sono casi nei quali non si può eseguire questa manovra, ed allora possono essere necessarie le sanguisughe. Ma dobbiamo noi aspettare che cessi la congestione prima di applicare i mezzi meccanici? A questa domanda rispondiamo che un bene adattato pessario, il riposo *assoluto* ed una conveniente posizione sono non solo possibili ma costituiscono la più efficace cura in tutti i casi tranne pochissime eccezioni. Basta applicare questo metodo per convincersi della sua convenienza ed opportunità. Quando è ritardata l'applicazione del pessario temporaneamente è utile il tampone vaginale.

La *controirritazione* si può usare in varii modi, secondo le speciali esigenze dei casi. Applicando un cataplasma fortemente senapizzato sulla regione ipogastrica o intorno ai lombi, si calma il dolore quando è grave ed acuto; e questa applicazione si deve ripetere di quando in quando. Un altro rivulsivo, di azione anche più rapida del cataplasma senapizzato, si ha applicando sulla pelle un pezzo di flanella precedentemente bagnata di acqua bollente e poi spremuta, su cui si son fatte cadere alcune gocce di trementina.

Calore. — In tutte le specie di affezioni flogistiche, sono utilissime a calmare il dolore i cataplasmi di linseme e di crusca. Debbono essere grandi, grossi un terzo di pollice e molto caldi. Un altro mezzo di applicazione rapida del calore è la flanella bagnata nell'acqua bollente e poi spremuta e posta in diversi strati intorno alla pelvi. Allo stesso scopo si possono usare i semicupii caldi. Le bottiglie piene di acqua calda o i mattoni caldi avvolti nella flanella sono rimedj famigliari di uso giornaliero. Spesso si sostituisce alla semplice acqua calda un decotto caldo di papaveri per formentazioni. Si ricorre anche al freddo, ma, come anodino, in generale è di gran lunga più utile il caldo.

Anodini. — L'anodino interno che giova più frequentemente è l'oppio. Il « liquor opii sedativus » di Battley [1] è una delle migliori

[1] Questo liquore sedativo di oppio, chiamato anche aceto di oppio, è un preparato della farmacopea inglese ed americana, il cui contenuto d'oppio varia secondo le varie prescrizioni; esso si avvicina alla tintura semplice di oppio. Contiene, oltre all'oppio, noce moscata, zafferano ed aceto. Si prescrive internamente da 3 a 5 o 10 gocce due o tre volte al giorno. SCAMBELLURI

forme sotto cui si può usare questa medicina. Si associa spesso con vantaggio a qualche preparato etereo. Una pozione contenente liquore di Battley e spirito composto di etere solforico è uno dei migliori rimedii per calmare il forte dolore non infiammativo, riferibile all'utero o alle ovaie.

Il cloroformio è un agente spesso di grande utilità. L'anestesia completa per mezzo delle inalazioni di cloroformio non si richiede sovente, tranne quando il dolore è molto forte o bisogna facilitare manovre operative di varie specie. Internamente, in forma di etere cloridrico, giova molto aggiungerlo all'oppio.

La belladonna, l'iosciamina ed il conio sono rimedii di azione incerta e perciò da non raccomandare contro il dolore, tanto più che abbiamo i precedenti più efficaci. La canape indiana però merita di essere ricordata ed in molti casi senza dubbio spiega una notevole influenza nel calmare o prevenire il dolore. Essa, insieme alla canfora, è stata spesso utilissima. La canape indiana è una medicina la quale, secondo la mia esperienza, agisce molto inegualmente sui varii individui.

La canfora sola, o associata all'oppio, giova quando il dolore è di natura spasmodica. I varii rimedii conosciuti col nome di *antispasmodici* adempiono questa indicazione e, come si è già detto, i preparati eterei sono i più importanti per calmare certe specie di dolore. Quando col dolore vi sono contrazioni uterine, come avviene nei casi di mestruazione difficile, sono utitissimi gli antispasmodici. La tintura composta di lavanda, l'etere cloridrico e lo spirito composto di etere solforico, spesso si possono con vantaggio unire (venti gocce di ciascuno per ogni dose), con o senza l'oppio, secondo i casi; questa combinazione conviene sempre che il dolore è spasmodico, vuoi nel periodo mestruale, vuoi in altra epoca; questa mistura *rossa* è molto gradita dalle inferme.

L'applicazione locale degli anodini sovente è seguita da buoni effetti. L'iniezione ipodermica di uno dei composti di morfina è la più efficace. [1] Il cloroformio fatto cadere a gocce sovra un piumacciuolo di filaccia ed applicato sulla regione uterina ed ovarica di quando in quando è molto proficuo e calma i dolori passeggieri di queste regioni. La tintura di aconito si può adoperare per strofinazioni allo stesso scopo. I suppositorii o i clisteri, che sono una specie di rimedii locali, frequentemente con rapidità fanno cessare il dolore negli organi pelvici. A questo scopo si può usare l'oppio in forma solida o la tintura d'oppio sospesa nell'acqua in cui si è fatta bollire farina di avena, o mista a tintura di valeriana o di assafetida; questa ultima combinazione è segnatamente utile nei casi isterici. Localmente si possono altresì applicare gli oppiacei ed i sedativi in forma di pessarii fatti di queste sostanze e che s'introducono nella vagina.

---

[1] Si può usare, ed è efficacissimo, l'idroclorato di morfina; si prepara un liquido contenente 20 centigrammi di idroclorato di morfina su 10 grammi d'acqua distillata e se ne inietta da mezza ad una siringa, secondo il bisogno. SCAMBELLURI.

CAPITOLO XIX.

RETROFLESSIONE E RETROVERSIONE DELL' UTERO.

Gravezza della malattia — Curabilità.
Frequenza—Nell'ospedale e nella pratica privata—Paragone coll'antiflessione—Nubili o maritate.
Cause speciali — Influenze traumatiche — Opinione del Dr. Squarey — Influenza della vescica — Gravidanza — Sforzi nella defecazione.
Varietà — Base della classificazione. 1. Grado della flessione, primo, secondo, terzo. 2. Grado di versione (rotazione) — Sostituzione della parola *Rotazione* a quella di versione — Gradi, primo, secondo e terzo. 3. Grado di discesa dell'utero in totalità. 4. Grado di resistenza alla riduzione ed al raddrizzamento. 5. Grado di congestione ed ingrossamento.
Corso.
Complicazioni — Adesioni — Congestione — Non si deve confondere colla rigidità — Prolasso dell' ovaia — Rottura del perineo — Fibroma — Prolasso del retto.
Sintomi — Dolore, dismenorrea, menorragia, leucorrea, amenorrea — Sterilità — Aborti — Disturbi vescicali e rettali — Sintomi riflessi.
Diagnosi.

Gli spostamenti indietro e le flessioni dell'utero — retroversione e retroflessione — costituiscouo una classe essi soli e si possono studiare insieme.

La retroflessione dell'utero è una delle più dolorose e moleste affezioni cui le donne sono soggette. La malattia non sempre è grave, può essere di grado lievissimo, tanto da non dare origine a sintomi che attirino l'attenzione; ma non di raro si vedono inferme le quali per anni sono state tormentate ed invalide ad un grado estremo e ridotte ad uno stato disperato. L'oscurità che ha avvolto questa alterazione ancora non è completamente dileguata, essendovi ancora alcuni che ne negano l'importanza e la gravezza, tanta è l'influenza degli scrittori passati per la quale si perpetuano opinioni inesatte ed erronee in questa come in altre branche della medicina!

Curabilità. — È noto a coloro i quali hanno rivolto l'attenzione a questo argomento che la retroflessione dell'utero talvolta è tanto molesta e grave che può guarire soltanto con un'estrema pazienza ed accortezza; anzi vi sono stati casi non rari in cui la malattia fu incu-

rabile. Più recentemente in alcuni di quei casi, che ritenevansi incurabili, si è eseguita l'operazione conosciuta col nome di operazione di Battey, per calmare le sofferenze dell'inferma.

Secondo la mia esperienza, però, i casi della peggior natura generalmente cedono ad una cura giudiziosa e continua. Quando vi è stata la malattia in una forma grave per parecchi anni non si può ottenere una permanente guarigione in meno di un anno o di un anno e mezzo ; e in tali casi quando il raddrizzamento è compiuto l'utero ha bisogno di sostegno artificiale per un tempo più lungo. Io sono riuscito a guarire completamente molti casi cronicissimi ed il successo, secondo me, si dovette non solo all'aver badato che l'utero mantenesse la sua forma fisiologica, ma al ristabilimento delle forze dell'organismo con una conveniente alimentazione. Io ho visto donne nelle quali non si ottenne nulla dalla cura meccanica perchè non si tenne anche di mira lo stato generale ed in tali casi non mi reca meraviglia la loro « incurabilità ».

Frequenza. — Le seguenti cifre sono il risultato delle mie osservazioni: —

Durante quattro anni e mezzo (1865-1869) nell'UNIVERSITY COLLEGE HOSPITAL [1] su 1200 casi della sezione delle malattie delle donne, 112 presentavano retroflessione e retroversione. (Casi di antiflessione o antiversione 184).

Durante un periodo di sei anni di pratica privata (Aprile 1873-1879), su 1140 casi 180 presentavano distorsione dell'utero. (Durante lo stesso periodo furono notati 488 casi di antiversione ed antiflessione). Sicchè fra 1140 inferme della mia pratica privata, ve ne furono 488 con antiflessione e 180 con retroflessione, e nell'ospedale, fra 1200, 184 con antiflessione e 112 con retroflessione. (Veggasi il capitolo sull'*Antiflessione* per altre notizie su questo punto).

Nubili o maritate. — La retroflessione dell'utero si osserva spesso nelle donne nubili, quantunque la maggior parte di quelle che ricorrono a noi per essere curate sieno maritate. Su 180 casi di retroflessione della pratica privata vi furono 41 nubili (22,7 per cento).

---

[1] Nella terza edizione di qnesta opera ho registrato particolarmente questi casi.

Le seguenti notizie particolari si riferiscono a 180 *casi della pratica privata.*

Età	Nubili	Maritate: feconde	Maritate: sterili
18	2 casi	0	0
19	3 »	0	1
20	0 »	0	1
20—25	9 »	14	6
25—30	12 »	21	19
30—35	6 »	19	4
35—40	3 »	11	5
40—45	4 »	15	1
45—50	2 »	7	0
oltre i 50	0 »	3	2
età non accertata	—	7	3
	41	97	42
Totale		180	

Cause speciali di retroflessione. — La discussione generale relativa alle cause delle flessioni uterine è stata già fatta (veggasi p. 132). Le osservazioni allora fatte si applicano per la maggior parte tanto ai casi di retroflessione quanto a quelli di antiflessione.

Rivolgiamo, però, l'attenzione nuovamente alla grande frequenza colla quale quelle che si possono chiamare influenze traumatiche dànno origine a questa forma di spostamento. In un quadro che trovasi a p. 132 si trovano le particolarità relative a 44 casi di retroflessione in donne *nubili* o *sterili*. Ecco come bisogna riassumere il quadro quì sopra : —

Vi furono 41 inferme nubili
42 maritate sterili } con retroflessione :
97 maritate feconde

41 + 42 = 83 casi in cui lo sgravo non ebbe alcuna parte nella produzione della malattia (7 però avevano avuto aborti). Ora in 44 di questi 83 casi fu facile risalire all'origine traumatica della retroflessione. Negli altri non fu dimostrata l' influenza traumatica o almeno non fu scoverta. Questa statistica è importantissima poichè prova la frequente origine traumatica dell'affezione. In altri casi in cui non si potette accertare nessun accidente o sforzo speciali agì evidentemente una causa *meccanica*, in un modo più continuo e lento, ma che a poco a poco produsse il cangiamento di forma e di posizione.

Vi è qualche causa meccanica speciale della retroflessione ? In altri termini, vi è qualche forza speciale la quale produca con maggiore probabilità una retroflessione che un'antiflessione ? In un'importantissimo lavoro del Dr. Squarey « Sulla causa delle flessioni

acquisite dell'utero »[1] si è fatto il tentativo di spiegare perchè in alcuni casi ha luogo flessione in dietro ed in altri quella in avanti. Il Dr. Squarey dice che ciò dipende dalla posizione dell'utero nell'epoca in cui avvennero il colpo, o la scossa, o la caduta che produssero la flessione e che se l'utero è in alto nella pelvi più probabilmente sarà spinto in avanti essendo allora inclinato naturalmente verso questa direzione ; mentre se è in basso nella pelvi, ha un'inclinazione naturale in dietro e agendo una forza ne seguirà una retroflessione. Vi è molto da dire in favore di questa opinione. Dando uno sguardo alla lista delle cause riportate a pag. 133, ove sono notati i risultati delle osservazioni e delle ricerche su 340 casi, si vedrà che varie influenze « traumatiche » (come le chiama il Dottor Meadows) produssero in taluni casi una forma di flessione, in altri un'altra ; e sembra che gli accidenti o sforzi speciali sieno stati indifferenti circa l'effetto prodotto. Bisogna ricordare che l'utero allo stato sano è bene equilibrato ed una causa lievissima, lo stato di pienezza o di vacuità della vescica, del retto — la posizione del corpo quando ebbe luogo lo spostamento — o altre circostanze ponno far sì che il fondo inclini in dietro o in avanti.

Abbiamo gia mostrato (veggasi p. 121) che l'utero ha naturalmente un certo grado di mobilità in avanti ed in dietro, per cui obbedisce all'azione dei visceri vicini. I limiti di questa mobilità allo stato sano, probabilmente, non sono molto estesi. La vescica senza dubbio può produrre una considerevole esagerazione del movimento fisiologico del fondo dell'utero in dietro ed è possibile che lo stato di pienezza o di vacuità della vescica nel momento in cui si subisce un accidente od una scossa speciale, può essere causa per cui il fondo dell'organo è spinto violentemente in giù ed in dietro e si forma una flessione acuta, dato il caso che sia piena, mentre se la vescica è vuota l'effetto dell'accidente può essere totalmente diverso. È certo che una esagerata distensione della vescica può realmente produrre retroflessione. Nella lista etiologica (p. 133) si ricorda un caso di questo genere, in cui la ritenzione di urina durante un viaggio in ferrovia produsse retroflessione accentuatissima.

Questa influenza della distensione della vescica a produrre la retroflessione (o piuttosto a predisporvi) non si deve confondere con la distensione della vescica che è *conseguenza* della retroflessione, giacchè, come è noto, la retroflessione di un utero grande può dare origine a distensione della vescica ed a reale ritensione.

Un importante fattore nell'etiologia della retroflessione mi sembra essere la circostanza che quando l'utero si piega in dietro ha la proprietà dell'autoraddrizzamento in grado minore di quando si piega

[1] *Obst. Trans.* vol. xiv. 1873.

nella direzione opposta. Nell'antiflessione il riempirsi della vescica può di nuovo produrre il sollevamento del fondo dell'utero, ma nella retroflessione nulla può toglierlo dallo spazio del Douglas o almeno spingerlo in sopra. L'azione del retto disteso non è analoga a quella della vescica distesa. Nella retroflessione l'azione raddrizzatrice è spiegata soltanto dal naturale rimbalso erettile e dalla elasticità dell'utero e forse in certo grado dai legamenti rotondi. Vi è anche la possibilità di un maggior grado di flessione posteriormente che anteriormente, a causa della profondità dello spazio del Douglas dietro l'utero. Io sarei inclinato a credere, giudicando secondo la mia esperienza, che nei casi nei quali gravi accidenti hanno prodotto gravi spostamenti l'utero doveva avere un'inclinazione in avanti o indietro all'epoca in cui avvennero e che la conseguenza dell'accidente fu una grande esagerazione della inclinazione che già vi era prima di esso.

Non si può mettere in dubbio che le influenze traumatiche ponno produrre grave retroflessione in donne che già erano in buono stato di salute; ma è anche certo che la cattiva nutrizione generale vi predispone molto, sicchè una donna debole sarà più facilmente di una forte esposta alle conseguenze di un grave sforzo o accidente. Questa è una verità che salta agli occhi.

Un'altra importante classe di influenze capaci di produrre retroflessione dell'utero è la gravidanza ed i suoi effetti. In alcuni pochi casi la retroflessione ha luogo per la prima volta subito dopo che è incominciata la gravidanza; sembra però che questo sia un caso piuttosto raro. Molte donne che prima della gravidanza non avevano mai avuto retroflessione vi vanno soggette dopo che essa è passata. Sembra pertanto che la gravidanza non abbia un'azione speciale nel produrre dopo retroflessione piuttosto che antiflessione. La gravidanza non è assolutamente seguita da flessione e credo che ad essa non tien dietro tanto spesso la retroflessione quanto l'antiflessione. Resta il fatto intanto che troviamo la retroflessione in donne le quali hanno partorito ed in cui è indubitatamente in rapporto con gravidanze pregresse.

La gravidanza lascia l'utero molle, grosso, pesante, e più soggetto a subire l'influenza della forza della gravità. Talvolta lascia dietro di sè una speciale predisposizione, cioè alla rottura del perineo. Io trovo che dei 180 casi di retroflessione, osservati nella pratica privata, 97 furono presentati da donne maritate che avevano avuto figli. Su questi 97 casi, molte volte avevano prodotto la retroflessione influenze traumatiche. Il peso anormale dell'utero e l'insufficienza del perineo, costituiscono due predisposizioni, e una leggera passeggiata o un leggero sforzo, anche l'atto di defecare, possono, in tali circostanze, produrre repentinamente lo spostamento in dietro. Il pro-

lungamento del periodo d'involuzione dell'utero, che è dovuto, in generale, ad estrema debolezza e cattiva nutrizione, è l'antisegnano della retroflessione in molti casi.

Una causa comunissima di grave aumento della retroflessione sono gli sforzi nell'atto del defecare. È probabile che questi sforzi siano la causa primitiva in un numero considerevole di casi.

La retroflessione dell'utero è qualchevolta congenita? Le mie osservazioni non me ne hanno presentato neppure un caso. Schroeder dice che non è mai tale. Grenser, in un importante lavoro sulla *Retroflessione*[1], dice però che Ruge, nel 1875, descrisse un caso di retroflessione in una neonata.

Varietà della retroflessione. — Ora bisogna definire più precisamente le varietà della retroflessione dell'utero.

Quattro condizioni principali presentano una base per la classificazione. Una è il grado dell'incurvamento; un'altra è il grado di versione (o rotazione); la terza è la discesa dell'utero in totalità, e la quarta il grado di resistenza alla riposizione dell'utero nel suo posto e forma fisiologici. Vi sono varie altre condizioni che si possono presentare in varii gradi nei diversi casi.

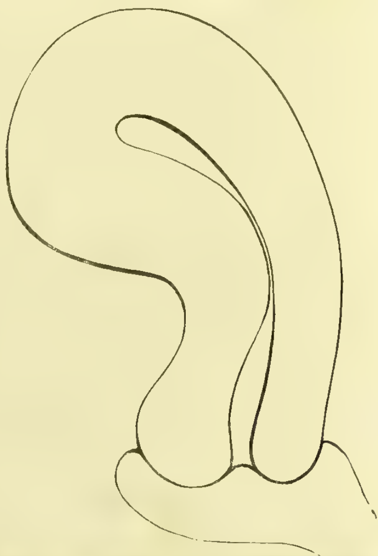


Fig. 51.

Grado della flessione. — Possiamo dire che la flessione si osserva di tre gradi; si ha il primo grado quando l'asse del corpo dell'utero forma con quello del collo un angolo di circa 45°; il secondo quando l'angolo è di 90°, ed il terzo quando è da 90° a 135° o più. In quest'ultimo caso, l'utero è ripiegato.

Le seguenti figure presentano lo schema dell'utero in questi tre gradi di flessione.

La figura 51 mostra il primo grado di retroflessione.

La figura 52 mostra il secondo grado di retroflessione dell'utero. Il corpo dell'utero è più pesante, e le sue pareti si vedono più grosse del normale. Vi è una considerevole congestione di tutte le parti dell'utero, giacchè il fondo ed il collo sono più grossi del solito. La bocca esterna dell'utero è molto aperta, e la mucosa del canale cervicale è in parte arrovesciata all'infuori.

---

[1] *Arch. f. Gynäk.* ii. p. 145.

La figura 53 presenta il terzo grado di retroflessione dell'utero con molta contrazione e compressione del canale nella bocca interna e vicino ad essa. Il fondo dell'utero sta in una posizione molto pendente ; vi è anche considerevole distensione della cavità del corpo dell'utero, molto turgore delle labbra della sua bocca, specialmente del posteriore, e molto arrovesciamento del canale cervicale nella bocca uterina.

Vi sono altri gradi intermedj di flessione ; ma, per i bisogni della pratica, questa suddivisione probabilmente basterà. Non intendiamo dire che l'angolo formato sia rappresentato da linee rette ; il canale uterino, generalmente, costituisce nna curva, e nessuna sua parte è rappresentata da una linea retta.

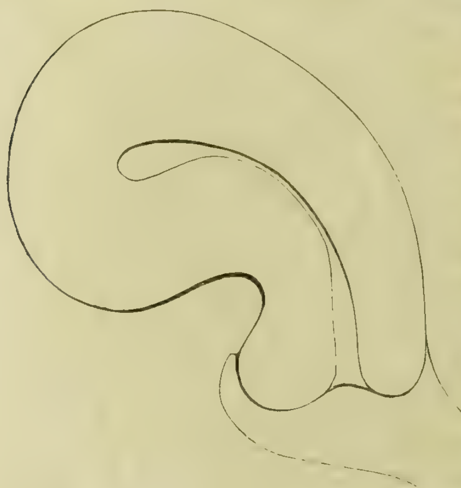


Fig. 52.

Grado della versione (rotazione).—Se l'utero fosse perfettamente rigido, ed il suo asse di sospensione (che è rappresentato da una linea orizzontale, che, tirata trasversalmente attraverso la pelvi, passi attraverso il centro dell'utero) fosse anche fisso, la discesa del fondo in dietro implicherebbe per necessità una corrispondente elevazione della bocca dell'utero. Se fosse un movimento di altalena — in cui il fondo discendesse e la bocca ascendesse— vi sarebbe una vera retroversione. Ma l'utero non è assolutamente rigido, e, quando il fondo discende in dietro, ordinariamente si flette in sopra della sede dell'asse di sospensione ed anche in sotto. Gli attacchi del collo dell' utero impediscono l' elevazione della sua bocca ad un grado notevole, sicchè il canale si piega. Quando l'utero è meno rigido del solito, la flessione può essere notevolissima. La bocca dell' utero nei diversi casi si eleva a diversi punti. Tre fattori regolano questo fatto — 1) la rigidità generale dell'utero, 2) il grado di flessione del collo, 3) la mobilità (che varia) dell'asse di sospensione di tutto l'utero.

Una vera nozione di ciò che realmente avviene dell'utero nei casi di flessione non può essere data, usando le sole parole *versione* e *flessione*, giacchè vi è un altro movimento di cui bisogna tener conto, cioè la *rotazione* dell'utero sul suo asse di sospensione mentre è flesso.

Supponiamo che l'utero sia ripiegato in dietro nel primo grado e non possa flettersi ulteriormente ; se si facesse attraversare il suo centro da una verga rigida immaginaria, e si eseguisse una pressione sul fondo, si comunicherebbe all'utero un movimento rotatorio. La flessione non aumenterà , ma il fondo discenderà più in basso mentre si eleverà la bocca.

È possibile avere questo movimento rotatorio con un certo grado di flessione, e, in realtà, esso è uno dei più importanti fatti clinici dei casi di retroflessione.

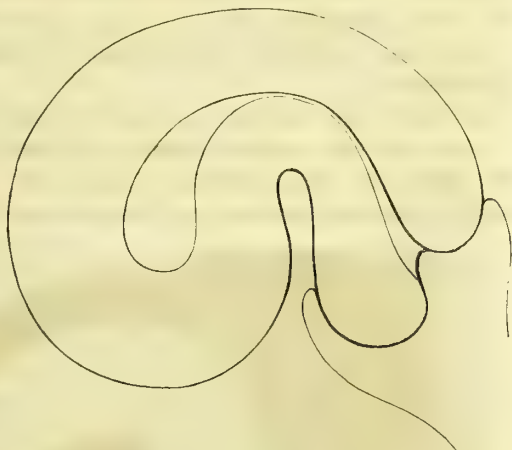


Fig. 53.

La rotazione può aumentare, e generalmente produce questo effetto, il grado della flessione; ma, non raramente, si osservano casi in cui l'utero è tanto indurito nella sua posizione flessa che, quantunque spesso abbia luogo un considerevole movimento rotatorio , ciò nonostante il grado della flessione non aumenta di molto.

Dalle precedenti considerazioni, mi sembra risulti che sia meglio sostituire la paro la *rotazione* a quella di *versione*, nel parlare delle retroflessioni, segnatamente perchè sarà più facile una classificazione pratica e clinica dei casi.

Vi sono tre gradi di rotazione.

Quando l'utero è leggermente girato in dietro sul suo asse trasversale di sospensione si ha il primo grado di rotazione; quando questa è maggiore, si ha il secondo, e, quando la rotazione è massima, il terzo.

La rotazione può essere grande mentre la flessione è leggerissima, sicchè possiamo avere una rotazione di terzo grado con una flessione di primo. Un caso simile sarebbe quello che ordinariamente chiamasi retroversione pura e semplice dell'utero, che s'incontra molto di raro.

D'altra parte vi può essere rotazione leggera (1° grado) con forte flessione (3° grado); ma neppur questo è un caso molto comune. É più facile incontrare una rotazione di secondo grado con una flessione di secondo o terzo grado.

L'aumento della rotazione tende a far aumentare il grado di flessione e, in modo indiretto, ha luogo anche il fatto opposto.

Nei casi di retroflessione, il grado di rotazione è sempre soggetto a cambiare. Gli sforzi di varie specie fanno crescere il grado di rotazione durante il tempo in cui avvengono, e in generale, anche quello della flessione; sicchè, tanto lo *spostamento*, quanto la *distorsione* dell'utero si aggravano contemporaneamente. Quando però lo sforzo è alla fine, l'utero ritorna più o meno completamente al suo stato primitivo, ma, siccome questo ritorno compensa appena il disordine avvenuto, la rotazione e la flessione gradatamente vanno aumentando.

La figura 56 mostra tre gradi di retroflessione.

Dopo ciò che abbiamo detto, è appena necessario dire che l'ascesa del fondo, da una posizione bassa nello spazio del Douglas, non implica necessariamente una diminuzione della flessione; può seguire

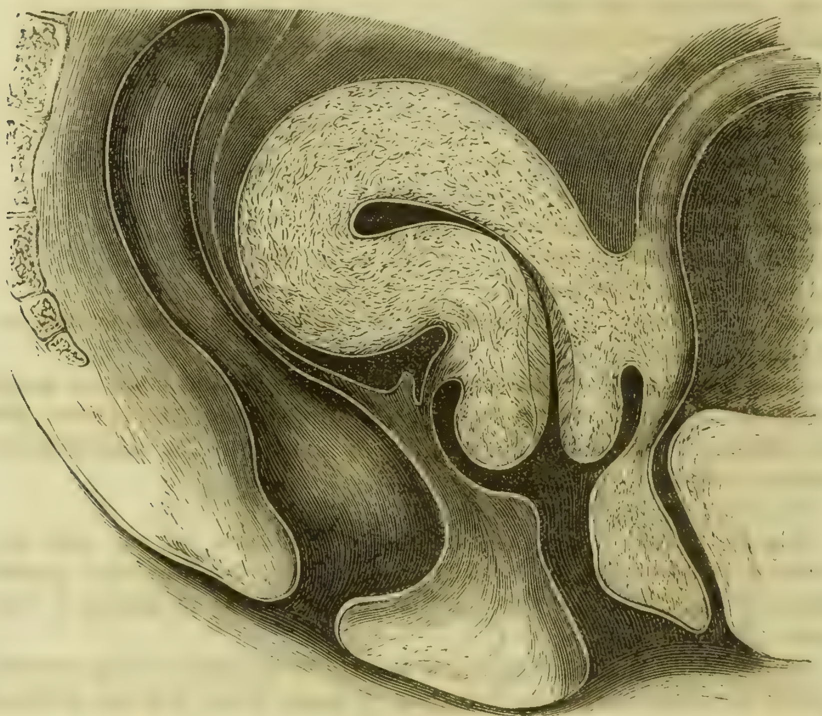


Fig. 54 [1].

semplicemente una diminuzione del grado di rotazione. È evidente l'applicazione di questa nozione alla cura.

Grado di discesa dell'utero in totalità.—Abbiamo già parlato dell'asse di sospensione. Quest'asse non è fisso, e talvolta è tanto poco fisso che l'utero può scendere molto in giù ed anche sporgere dalla vulva.

[1] La figura 54 mostra il secondo grado di retroflessione col secondo grado di rotazione; si vedono pure il retto e la vescica.

Quando l'utero sta molto in basso nella pelvi, più facilmente cangia di forma, ma esso può essere molto distorto senza cadere molto in basso. Ordinariamente, però, quando la distorsione è grande, l'utero sta in basso. In un caso molto grave, possiamo avere il terzo grado di flessione, il terzo di rotazione e la discesa dell'utero nel perineo allo stesso tempo, e, talvolta, tutto l'utero così retroflesso sporge dalla vulva (veggasi *Prolasso*).

Grado di resistenza alla riposizione ed al raddrizzamento. — Sotto questo aspetto, vi è molta diversità nei casi. Il raddrizzamento e la riposizione possono essere facili, difficili o difficilissimi. La sonda si adopera per giudicare del grado di difficoltà.

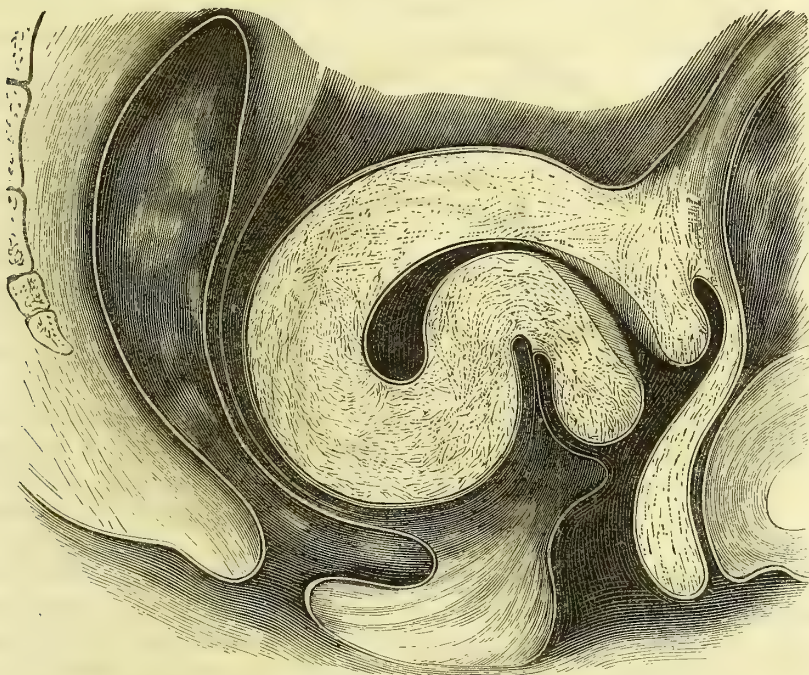


Fig. 55 [1].

Quando la riposizione è molto facile, l'utero, per lo più, è anormalmente molle. Quando è difficile o difficilissima, la durata della flessione, in generale, è proporzionata al grado della difficoltà. Io credo che la resistenza che s' incontra ordinariamente derivi dalla rigidità acquistata da tutto l'utero, e, solo molto di raro, dalla presenza di adesioni peritoneali. L'utero, nei casi cronici di retroflessione, è quasi sempre ipertrofizzato, e spesso col tempo diviene duro

[1] La figura 55 rappresenta il terzo grado della retroflessione dell'utero col terzo grado di rotazione posteriore. Si nota anche la pressione sul retto e lo stiramento dell'uretra.

e resistente, sicchè è sempre più difficile che si pieghi a misura che gli anni passano. Ma questo non è un fatto costante, giacchè io ho visto retroflessioni molto antiche in donne nubili nelle quali l'utero era estremamente molle e pieghevole. In tali casi, un'estrema e prolungata cattiva nutrizione vi ha avuto sempre parte. Talvolta; forse, sono presi per adesioni i legamenti utero-sacrali. In pochi casi l'utero si raddrizza subito per l'atrofia nel punto dell'incurvamento; perciò la lunga durata dell'alterazione non implica assolutamente la difficoltà della riposizione.

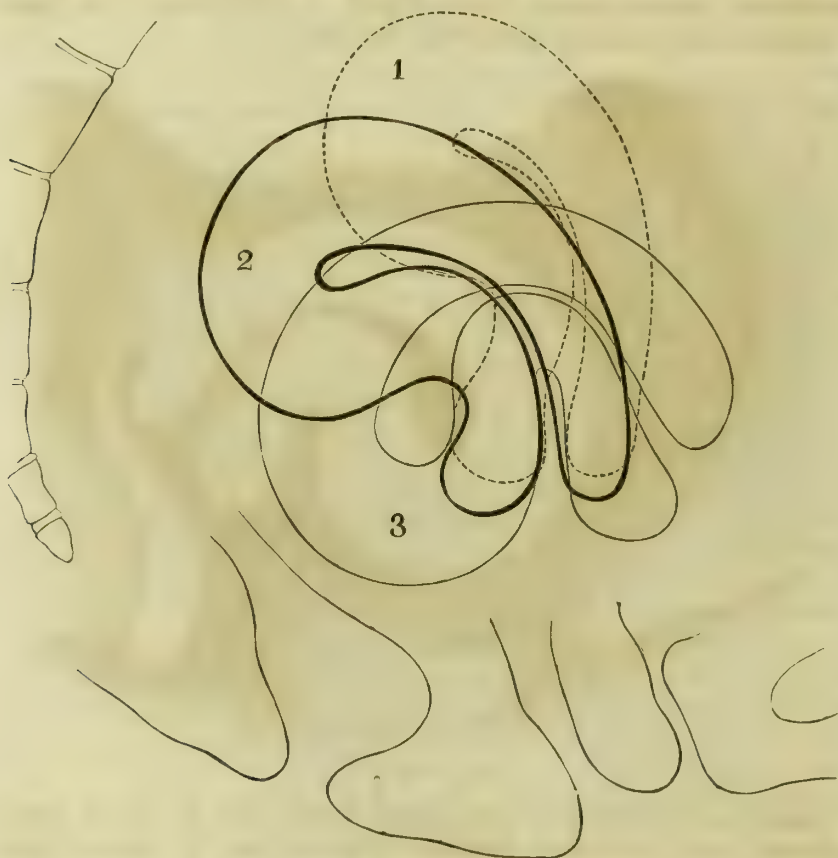


Fig. 56.

Grado della congestione o ingrossamento.—La retroflessione è notevole per il grado estremo di congestione acuta che vi si può associare. I casi che si sono ricordati come esempii d'infiammazione acuta dell'utero, per la maggior parte, sono stati senza dubbio casi di retroflessione avanzata con congestione molto acuta; e, quando il periodo acuto era passato, l'utero restava in uno stato d'irritabilità cronica. Al-

cuni di essi furono osservati da Gooch e descritti col nome di « utero irritabile ». Nelle diverse inferme, la congestione può essere di tutti i gradi. È avanzatissima quando la flessione è massima, e la sua estrema gravezza indica la quasi completa sospensione della circolazione nell'organo. L'utero si gonfia, è sensibilissimo e qualunque movimento è doloroso. In altri casi, è meno grave, e, in alcuni, non costituisce un sintoma rilevante, o, almeno, non è più tale nel momento in cui si fa l'osservazione. Quando la flessione è soltanto di primo grado e la rotazione non è molta — da esservi quasi una versione pura e semplice — la congestione in nessun periodo può essere molto forte. In alcuni di questi casi, i sintomi, essendo leggeri, hanno dato un'apparente conferma al principio sostenuto da qualche autore che la retroflessione non abbia importanza clinica. Un effetto della congestione permanente è il considerevole ingrossamento di tutto l'utero e sovratutto del fondo. Io ho trovato che, in casi di grave flessione, il corpo dell'utero era quattro o cinque volte più grosso del normale, e se non si toglie la flessione, l'ingrossamento perdura. L'ingrossamento dovuto alla retroflessione del fondo retroflesso è tale che talvolta sembra esservi un grosso tumore dietro l'utero, ed io, più di una volta, sono stato tratto in inganno nel fare un primo esame.

La congestione attacca anche la bocca dell'utero, rendendola gonfia, e, siccome è sovraccarica di sangue, la mucosa di quella parte del collo che è arrovescita in fuori è vascolarissima. Hanno luogo altri importanti cangiamenti consecutivi (veggasi *Congestione dell'utero*, p. 70). Più tardi, l'utero è meno congesto ma in uno stato d'indurimento cronico, soggetto ad attacchi di congestione per ogni menoma causa.

Corso. — Sembra molto possibile che il primo passo nella produzione della retroflessione sia spesso un leggero aumento del fisiologico movimento rotatorio indietro; poi, leggera flessione, cui segue aumentata rotazione e flessione, e così via via.

Di quando in quando, la flessione e la rotazione si aggravano, e, al tempo stesso, hanno luogo oscillazioni giornaliere nel loro grado. Durante il giorno aumentano, la notte diminuiscono. L'affezione resta leggera, ma, più comunemente, tende ad aggravarsi. Può divenire acuta in un modo rapido, anche repentino, raggiungendo un alto grado (come per repentino accidente), o, nel corso di mesi, può a poco a poco peggiorare.

Divenuta molto seria, e messa in riposo l' inferma per qualche tempo, la flessione può migliorare alquanto, l'utero in certo modo si abitua alla sua distorsione, ed ha luogo una guarigione incompleta. Lentamente si ritorna alle antiche abitudini, ma dopo poche settimane, un leggero sforzo di botto fa ritornare tutti i sintomi con maggior for-

za, essendosi improvvisamente aggravate la flessione e la rotazione. Segue un altro periodo di sosta e poi un'altra ricaduta.

Dopo un tempo più o men lungo, si può stabilire la tolleranza dell'utero che è divenuto più duro, si piega meno nei movimenti e si gode di una mediocre guarigione. Non è frequente quest'ultimo risultato quando la flessione passa al secondo grado o quando la rotazione oltrepassa il secondo grado. In quest'ultima classe di casi, raramente si riacquista la capacità di compiere le ordinarie occupazioni, e, in generale, si stabilisce una invalidità cronica.

Le suddette asserzioni riguardano quei casi in cui non si è fatto nessun tentativo per far cessare la retroflessione, e la malattia ha seguito il suo corso.

Il matrimonio, per lo più, fa peggiorare i sintomi; può aver luogo la gravidanza ma, più spesso, forse, manca; se avviene, può essere seguita, ed è seguita nella maggior parte dei casi, da aborto. Se questo non ha luogo, per un certo tempo vi è una sosta nei sintomi. Lo stato ulteriore delle cose, in tali casi, varia: o ritorna la retroflessione, la quale si aggrava e resta aggravata, ovvero segue una serie di aborti, o una serie di gravidanze con aborti di quando in quando, o una completa guarigione.

Complicazioni. — La congestione dell'utero, in forma gravissima, è quasi una parte dei gradi avanzati di retroflessione. La congestione è la conseguenza meccanica della flessione (veggasi pag. 71); ordinariamente, aumenta in proporzione diretta del grado di flessione e di rotazione. È gravissima nei casi in cui la flessione è di terzo grado, ma la rotazione è di secondo. È senza dubbio proporzionatamente meno grave a misura che la flessione si avvicina al primo grado; e dopo alcuni anni talvolta avviene che la congestione cessi. Essa è tanto comune che appena si può chiamare « complicazione », infatti la complicazione è costituita più dalla sua mancanza che dalla sua presenza.

Le adesioni sono in realtà una complicazione. Sembra che siano rare, ma ve ne sono casi ben accertati. Allora il fondo è fissato in giù nella sua posizione anormale da fasce peritoneali. L'elevazione dell'utero per mezzo della sonda, una alla contemporanea introduzione del dito nel retto, è il miglior modo di diagnosticarle, giacchè la semplice difficoltà incontrata a sollevare il fondo non è una prova della presenza di adesioni come già abbiamo detto (veggasi p. 197).

In un lavoro del Dr. Erich sono descritti « Sette casi di retroflessione con adesioni peritoneali del fondo nell'escavazione sacrale, curati col distacco forzato delle adesioni; » [1] ma nel leggere la relazione di questi casi non si rivela evidentemente la reale presenza

[1] *Amer. Journ. Obst.* Oct. 1880.

delle adesioni. Si apprende che vi era rigidità colla flessione piuttosto che adesioni peritoneali. Io ho molte volte incontrato la stessa difficoltà che descrive il Dr. Erich nel riporre l'utero; ma, tranne una o due volte, non ho avuto mai motivo di sospettare che vi fossero adesioni peritoneali. Il fatto è che dopo un certo tempo l'utero spesso si fissa fortemente nella sua forma anormale. Un'energica manovra colla sonda lo raddrizza per il momento, ma la flessione si riproduce subito e questa riproduzione certo non è una prova della presenza di adesioni.

I legamenti utero-sacrali talvolta tengono preso, per così dire, il fondo in mezzo a loro nella sua posizione retroflessa (come ha indicato il Dr. John Williams) e sono causa di un aggravamento della congestione. È chiaro che questa specie d'incarceramento potrebbe dare origine alla idea che vi siano adesioni. Questi legami si sentirebbero appena da ciascun lato e, in realtà, i legamenti utero-sacrali nei diversi casi si sentono più o meno distintamente e solo in casi eccezionali sono robusti ed evidenti.

Il prolasso di una o di amendue le ovaje è una complicazione molto molesta. Non ha luogo molto spesso, ma quando l'ovaja scende sin nello spazio del Douglas insieme al fondo dell'utero e acquista aderenze in questa posizione — come talora si osserva — il caso diviene difficilissimo. Se l'ovaja non è aderente la complicazione non è molesta e quando il fondo è rimesso al suo sito e vi si mantiene anche l'ovaja ritorna al suo posto.

La rottura del perineo è una complicazione grave o no secondo il suo grado. La retroflessione qualche volta dipende esclusivamente dalla mancanza del sostegno peritoneale e non si può curar l'una senza occuparsi anche dell'altra.

Talvolta un fibroma complica la retroflessione: un tumore che cresce dietro l'utero lo tira indietro e costituisce colla sua presenza una gravissima complicazione. Il tumore forse cagiona il massimo incomodo quando non è più grosso di un'arancia.

Il prolasso del retto dipende talvolta dal fatto che il fondo è spinto in giù contro il retto, arrovesciandolo parzialmente, e lo fa sporgere in parte dall'apertura dell'ano negli sforzi di defecazione. Allora il fondo dell'utero agisce come una valvola a palla completa nel retto e si oppone seriamente al suo ufficio.

SINTOMI.

Abbiamo già fatta una descrizione generale (veggasi p. 149) dei sintomi che si osservano nelle flessioni. Questi stessi sintomi si notano ad un grado estremo — ove più, ove meno — nei diversi casi di retroflessione.

Alcuni di questi sintomi, quando trattasi di retroflessioni, presentano alcune particolarità che bisogna notare.

Il grado di dolore (spontaneo) è ordinariamente maggiore nella retroflessione che nell'antiflessione, probabilmente perchè il grado della flessione è maggiore nella prima che nella seconda. Il dolore per lo più ha sede nella regione sacrale, ma può essere fisso in uno dei lati dell'ombelico, o anche più in alto, ovvero nell'inguine. Io ho osservato pochi casi nei quali il dolore aveva tal sede da stornare completamente il pensiero dall'utero, che ne era la causa. Io l'ho visto tanto persistente in tale sede da far diagnosticare cancro del piloro. Il dolore nella locomozione o nei movimenti (dischinesia uterina) è spesso acutissimo. Questo sintoma nei casi di retroflessione è quasi sempre accentuatissimo. Qualunque cosa favorisce l'azione della gravità nel rotare e curvare l'utero — come lo stare in piedi, il passeggiare, il chinarsi, anche lo stare a sedere — può dare origine a grave tormento. Questo sintoma può mancare o passare inosservato, quando la malattia progredisce con lentezza, ma in ultimo si presenta in forma accentuata. Una cosa non comune è l'incontrare un'inferma la quale sia, come dicesi « molto debole ». Essa può dare ad intendere che può camminare un poco e studiando il caso appare forse che non cammina perchè prova disagio. Finalmente si scovre che questo disagio dipende da una retroflessione non sospettata.

La sensibilità dell'utero al tatto è moltissima nei casi molto gravi. Questi sono i casi tipici del cosiddetto « utero irritabile » di Gooch, la cui patologia è stata esposta a p. 161. I casi cronici gravi di retroflessione sono casi di questo genere. Questo grado di sensibilità non è così spesso presente nell'antiflessione, benchè talfiata si osservi. La sensibilità è accompagnata da congestione. La parte più sensibile è il fondo; la bocca dell'utero generalmente non è così sensibile al tatto come il fondo. Qualunque tentativo di esame dell'utero col dito, se non è fatto col massimo garbo, fa gridare l'inferma e a principio reca piuttosto sorpresa il trovare l'utero così sensibile quando il grado di dolore *spontaneo* può non essere notevole. Io credo che in tali casi vi sia sempre una considerevole pressione meccanica sui nervi uterini dipendente dalla compressione dei tessuti dell'organo. La dispareunia è quasi sempre rilevante nei casi gravi di retroflessione.

La dismenorrea è spesso avanzata, ma in generale non è così frequente come nell'antiflessione.

La leucorrea, a zampilli, non è comune. Si osserva piuttosto frequentemente uno scolo puriforme più o meno abbondante.

La menorragia è frequente. Le inferme con retroflessione sovente hanno larghe perdite nei loro periodi e spesso anche negl' intervalli

tra una mestruazione e l'altra. Sovente si formano grossi coaguli nella cavità uterina dilatata, che sono espulsi con gran dolore ed altra perdita di sangue.

In pochi casi è una conseguenza l'amenorrea. La retroflessione cronica a principio ha la tendenza di fare aumentare il liquido mestruale, ma dopo un certo tempo, in pochi casi, può anche produrne una fine prematura. Questo ultimo risultato è dovuto alla compressione ed indurimento con contrazione che l'utero retroflesso certe volte in ultimo subisce. Il suo apparecchio circolatorio diviene realmente sempre più insufficiente e la mestruazione cessa.

La *sterilità* è sintoma comune (veggasi p. 167).

Gli *aborti* sono anche comuni (veggasi p. 167).

I *perturbamenti delle funzioni della vescica* prodotti dalla retroflessione sono varii. Nei casi leggeri, non si nota nessun disturbo, nei gravi, qualche volta è completamente impossibile urinare per un certo tempo, a causa dello stiramento in sopra del meato urinario prodotto dalla elevazione del collo dell'utero o dalla reale compressione del meato contro la sinfisi pubica, fatta dalla bocca dell'utero stesso. Allora vi è ritenzione di urina. Talvolta l'urinare è soltanto più frequente del solito.

Il *retto* giace vicino all'utero e spesso subisce l'influenza della retroflessione; il sintomo più frequente è la costipazione, conseguenza della compressione del retto, prodotta dal fondo dell'utero. Quanto più si sforza l'inferma, tanto più aumenta la difficoltà, perchè la flessione si aggrava. La defecazione diviene anche *dolorosissima*; nei peggiori casi, costituisce una vera tortura. Talvolta, in queste circostanze, si pensa che il retto sia ammalato, mentre è sanissimo. La retroflessione, produce, piuttosto frequentemente e senza dubbio, le emorroidi. Una superficie ulcerata sanguinante qualche volta si osserva in seguito al prolasso del retto, come conseguenza degli sforzi continui nel defecare (veggasi *Complicazioni*, pag. 200).

Sono numerosi i *sintomi nervosi riflessi*, prodotti dalla retroflessione, e sono della massima importanza. Una forte nausea, sintomi gravi d'isterismo, sono i più rilevanti fra essi; ma questi ed altri sintomi riflessi non sono speciali della retroflessione e quindi non sono qualificativi della stessa. Tenuto conto della loro grande importanza, ne riparleremo in un capitolo a parte.

DIAGNOSI.

La diagnosi, in generale, è facile, ma, in pochi casi, è difficile. È assolutamente impossibile diagnosticare con certezza la retroflessione senza un esame fisico, giacchè molti dei sintomi osservati si possono anche presentare nei casi di antiflessione.

Il fondo dell'utero si sente facilmente dalla vagina col dito, anche

dal retto. Io ho visto casi in cui passò inosservato, senza dubbio per mancanza della debita attenzione nel mettere l'inferma in una posizione favorevole per osservarla. È necessaria la posizione laterale, colle ginocchia molto in su. Essa permette, meglio di qualunque altra, che il dito giunga in alto. Quando la flessione e la rotazione non sono che di primo grado, il fondo non può essere raggiunto dal dito. Quando sono di secondo o terzo grado, è difficile non sentirlo. Quanto più in basso sta tutto l'utero, tanto più facile diviene l'esplorazione.

Il tumore che si sente in dietro ha la forma del fondo. Ma non sempre è così; può essere molto gonfio; in alcuni casi rari è piriforme, giacchè il fondo è stato ripetutamente e forzatamente propulso contro l'apertura rettale. Non sempre, ma in generale, è molto sensibile al tatto; naturalmente, si continua col collo úterino; però, si può diagnosticare con certezza che è il fondo dell'utero — quando l'osservatore è abile — adoperando la sonda uterina. Questa, appena incurvata, s'introduce con molto garbo e attenzione, tenendone la punta diretta in dietro, ed ove penetri completamente, la diagnosi è fatta. Nelle flessioni di terzo grado, massime con rotazione di secondo o terzo grado, la sonda deve essere più curva per potere entrare. La diagnosi si può accertare meglio, girando dolcemente lo strumento dopo di averlo introdotto; allora il tumore per lo più sparisce e non si sente col dito. Nel ritirare la sonda, il fondo di nuovo scende, tranne il caso in cui la flessione è molto recente.

La sonda ci mette in grado di distinguere la retroflessione dal fibroma che sorge nella parte posteriore dell'utero e che, talvolta, la simula molto bene; da un piccolo tumore ovarico che si potrebbe sentire nello stesso sito (molto di raro); da un tumore prodotto da ematocele, e da un tumore prodotto da cellulite pelvica, quantunque questi due ultimi stati morbosi si possano difficilmente confondere colla retroflessione (sempre dell'utero non gravido); e da un' infiltrazione carcinomatosa fra l'utero ed il retto.

La forma della bocca è caratteristica (ordinariamente) nella retroflessione. È semilunare, col labbro posteriore più lungo, ed è arrovesciata e, spesso, turgidissima. Nell'utero nulliparo, comunemente non si osserva questa forma caratteristica della bocca.

La posizione del collo è anormale. È più o meno tirato in su, talvolta sta proprio in alto, dietro la sinfisi e molto vicino alle ossa pubiche. La saccoccia vaginale dietro al collo è sparita, poichè il fondo vi preme sopra e l'oblitera; e vi è una saccoccia anormale in alto dietro la sinfisi pubica, *innanzi* al collo. Oltre a ciò, coll'esplorazione combinata si vede che il fondo non è nel suo sito normale.

CAPITOLO XX.

RETROFLESSIONE E RETROVERSIONE DELL' UTERO.

(*Continuazione*)

Cura. — Generale — Locale — Piano raccomandato — Schema e particolarità — Cura colla posizione — Riposizione diretta meccanica — Mantenimento della posizione fisiologica per mezzo del pessario vaginale — Forma del pessario che si raccomanda — Varie grandezze necessarie.

Posizione dell'inferma — Uso della sonda — Uso contemporaneo della sonda e del pessario — Difficoltà che s'incontrano nella cura dei casi — Adattamento della grandezza del pessario — Grado fino a cui si può contare sui pessarii vaginali — Azione del pessario di Hodge, modificato da A. Smith — Necessità del riposo e della elevazione graduale del fondo, in alcuni casi — Accidentale azione esagerata del pessario per la retroflessione — Spazio di tempo durante il quale deve continuare — Metodo d' introduzione — Cangiamento del pessario — Varie modificazioni del pessario per la retroflessione — Dilatazione e raddrizzamento per la guarigione della retroflessione — Pessario ad asta — Incisione e raddrizzamento immediato — Operazione radicale (Koeberlè) — Ooforectomia.

CURA.

I principii generali di cura delle flessioni, esposti a pag. 172, si applicano alla cura di questa speciale varietà, la retroflessione. Importa moltissimo, nello intraprendere la cura di un dato caso, formarsene un' idea quanto più è possibile completa, rivolgendo l'attenzione tanto allo stato *generale* quanto al *locale*.

Supponendo che sia fatto ciò, vediamo quali sono le varie particolarità relative alla cura dei casi di retroflessione.

Cura locale. — Vi sono varii piani adottati per la cura della retroflessione. Io esporrò prima quello che ho trovato migliore nella maggior parte dei casi e che è il seguente :

Si spinge il fondo dell'utero in sopra da dietro, rapidamente o lentamente, secondo le circostanze, per mezzo di un pessario costruito secondo le idee di Hodge; il pessario si mantiene sempre in sito, modificandone la grandezza secondo che vogliono le circostanze. Di tempo in tempo, si adopera la sonda per coadiuvare l'elevazione, ove questa sia difficile. L'inferma si tiene in riposo più o meno completo, fino a che l'utero non riprende perfettamente il suo posto, e vi si

mantiene. Nel raddrizzare il fondo, si trae profitto di tutti i vantaggi che presenta la gravità, usando la posizione prona, quella sulle ginocchia e sui gomiti, evitando la posizione supina, lo stare a sedere, ecc. Con injezioni giornaliere o con altri mezzi, si mantiene regolare la funzione dell' intestino; il dolore si calma cogli oppiacei o colle injezioni vaginali di acqua calda. Si fa una conveniente cura generale colla debita attenzione.

Questo è uno schema di cui ora esporremo le particolarità.

Riposizione meccanica diretta.—Ritenendo esclusivamente meccanica l'alterazione è naturale che si debba ricorrere ad una cura meccanica. Non bisogna temere di radrizzare un utero acutamente retroflesso e congesto, o di cominciare almeno i tentativi, sol perchè è sensibilissimo e in uno stato d'intensa congestione, nè vi è alcuna necessità di procurarne la deplezione colle mignatte prima di cominciare la cura meccanica, poichè quest'ultima certamente farà cessare la congestione (veggasi p. 94), come io ripetute volte ho osservato nella pratica. Se il fondo dell' utero è molto sensibile può essere dolcemente spinto in sopra a principio colle dita, e poi si fa la cura colla posizione; ovvero spesso si può raddrizzare totalmente o in parte colla sonda, quando il medico manovra dolcemente e la sa usare. Uno o due giorni di cura colla posizione servono a preparare bene l'inferma all'applicazione delle sopradette misure. Spesso una sorprendente calma segue all'elevazione del fondo nei casi in cui vi sono sofferenze acute. Il pessario sovente si può usare dal principio, facendo prima una pressione leggera, e poi gradatamente aumentandola. Sulle prime, è assolutamente necessario stare in posizione sdrajata, se si usa un pessario ed il caso è difficile o di lunga durata. Il pessario che io per qualche tempo ho adoperato è un pessario vaginale costruito sul principio di Hodge. Negli ultimi tre o quattro anni, almeno nella maggior parte dei casi, ho usato una forma quasi identica a quella conosciuta col nome di pessario di Alberto Smith, largo sopra e stretto sotto.

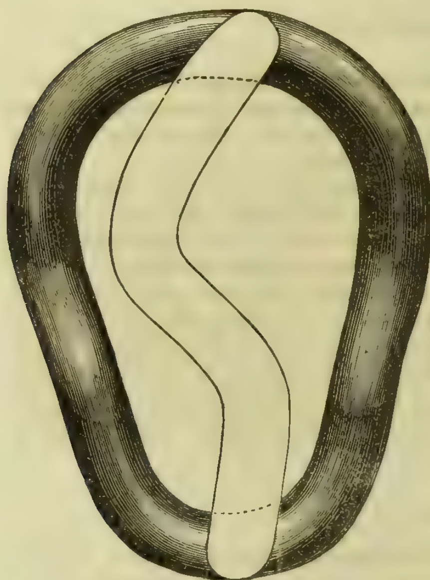


Fig. 57 [1].

[1] La fig. 57 rappresenta un pessario del genere a cui quì si accenna di media grandezza. Si vede contemporaneamente nella posizione trasversale e nella sezione laterale.

Da un anello di rame, coverto di gomma elastica, si può fare un eccellente strumento. Il suo tipo è quello che si vede nelle figure 57 e 60. Esso richiede varie modificazioni nei diversi casi. Perciò bisogna avere anelli di varie grandezze, cioè una serie di anelli il cui diametro, da due pollici, giunge a tre pollici e un quarto (veggasi la fig. 58); il primo ha due pollici di diametro; il secondo,

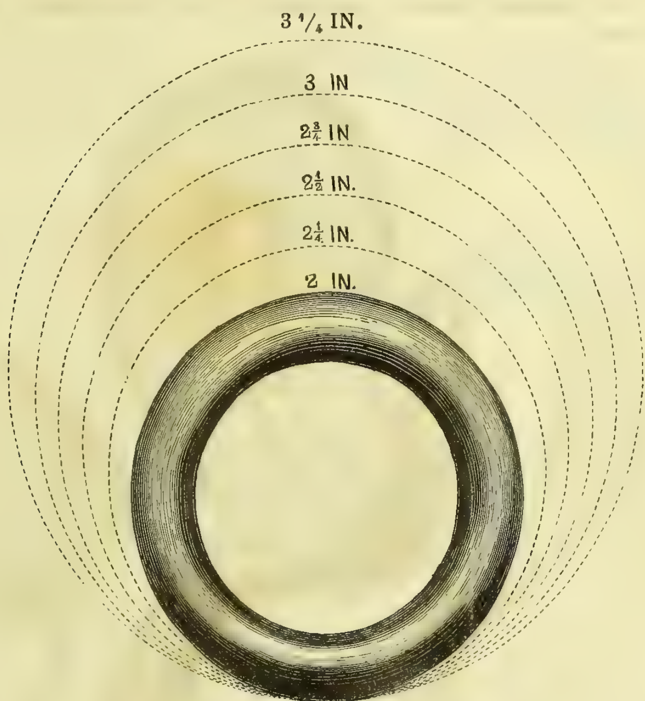


Fig. 58 [1].

due e un quarto; il terzo, due e mezzo; il quarto, due e tre quarti, e così via via fino a tre pollici e un quarto. La spessezza che si vede nella figura è di 5[16 di pollice; possono essere necessarii altri gradi di spessezza, o si possono usare a volontà del chirurgo. Il filo di rame deve essere piuttosto grosso per gli anelli grandi, e piuttosto denso per i più piccoli.

La spessezza dell'anello, quando è coverto di gomma elastica, può essere di 1[4 di pollice per gli anelli più piccoli (invece di 5[16, come mostra la figura), ma circa 5[16 costituiscono una conveniente spessezza per gli anelli che ordinariamente si richiedono. La spessezza può essere portata a 6[16 per gli anelli piuttosto grandi.

---

[1] In questa figura le lettere IN sono un'abbreviazione della parola inglese *inches* che significa *pollici.*

La figura 59 mostra in sito il tipo del pessario per la retroflessione di A. Smith. Il disegno è a grandezza naturale, il pessario che si vede è stato costruito sovra un anello che aveva un diametro di due pollici e tre quarti. La curva superiore dello strumento può essere modificata. La curva che io ordinariamente adopero è meno forte di quella che si vede rappresentata in alcune delle opere americane ; ma bisogna sapere che essa si può modificare secondo i casi speciali.

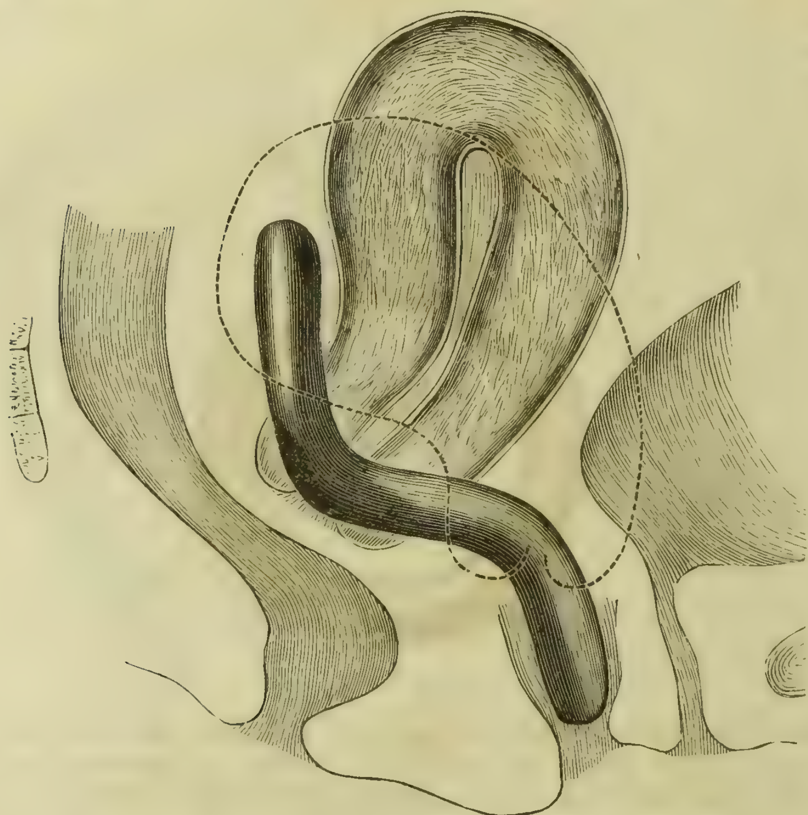


Fig. 59 [1].

Nella terza edizione di questa opera vi sono le figure di un pessario ovoidale piuttosto più grande ad un'estremità che all'altra ; quella più piccola si situa dietro al collo uterino : io però ho visto che la forma introdotta per la prima volta dal Dr. Smith si adatta tanto bene che la preferisco a tutte le altre. La sua modificazione del pessario di Hodge per la retroflessione consiste nel farlo largo

[1] La figura 59 mostra come agisce il pessario sopradescritto ; la linea punteggiata mostra la posizione dell'utero, prima che s'introducesse il pessario.

in sopra e stretto in sotto ; guardandolo di lato presenta un contorno che fa due curve piuttosto brusche e per questa sua forma non scivola in giù. Lo strumento approssimativamente rappresenta un triangolo; colla base in alto dietro al collo dell'utero sostiene il fondo di questo, l'apice in sotto deve essere tanto curvo da poggiare sul pavimento della vagina e non premere sull'uretra.

Nel ritenere il pessario di Hodge modificato da Alberto Smith per il migliore, sono di accordo con parecchi distinti ginecologi Americani ed Europei.

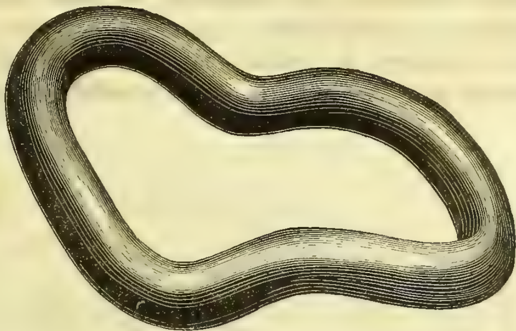


Fig. 60 [1].

Nei diversi casi sono necessarie varie grandezze. Le figure 61 e 62 presentano *otto* diverse dimensioni. Di raro fa d'uopo adoperare la dimensione minima e la massima. Nelle donne nubili il pessario deve essere più stretto di quelli che si adoperano in altri casi. A misura che si va avanti colla cura bisogna, generalmente, modificare la dimensione del pessario come anche a misura che il fondo si eleva e si approssima alla sua posizione fisiologica, giacchè se trattasi di un caso cronico è certo che sulle prime sarà tollerato soltanto un piccolo pessario; i pessarii costruiti da anelli che hanno un diametro di pollici 2 3[4 o di 3 a 3 1[4 sono quelli che più spesso sono richiesti per donne maritate. Molto di raro fa d'uopo usare i grandi modelli indicati dai numeri 6, 7, 8 nella fig. 62, ma talvolta sono necessarii quando l'utero è molto ipertrofico e retroflesso. Quando il volume dell' utero si è ridotto, cosa che può avvenire dopo poche settimane, si può applicare un pessario più piccolo.

Posizione dell' inferma. — L' inferma non deve giacere sul dorso, ma di lato, o meglio bocconi sulla faccia. Si raggiunge questo scopo facendo una specie di piano inclinato per mezzo di guanciali posti sotto al petto ed all'addome, tenendo un braccio dietro al dorso. Con un pò di pazienza si trova così una posizione molto comoda. Allora il peso del fondo dell'utero gravita in gran parte in avanti invece che indietro e così si coadiuva molto la cura meccanica. Nei casi gravi questa posizione del corpo è assolutamente necessaria ed io ho visto inferme le quali prima si erano trovate in uno stato di

[1] La figura 60 fa vedere, in sezione obliqua, il pessario di Hodge modificato da A. Smith, di media grandezza.

vera tortura, quando giacevano sul dorso, e che poi godettero di una calma relativa facendo prendere ad esse la posizione bocconi sopradescritta. La lunghezza del tempo, durante il quale è necessario mantenere questa posizione del corpo, è relativa alla gravezza del caso. Ma quando vi è molta irritazione intorno all'utero, è assolutamente necessario per l' inferma restare in questa posizione per alcune settimane. La posizione in piedi impedisce che la cura progredisca regolarmente. La posizione sulle ginocchia e sul petto si deve mettere in pratica parecchie volte al giorno e per tre o quattro minuti alla volta. Deve essere proibito assolutamente qualunque sforzo

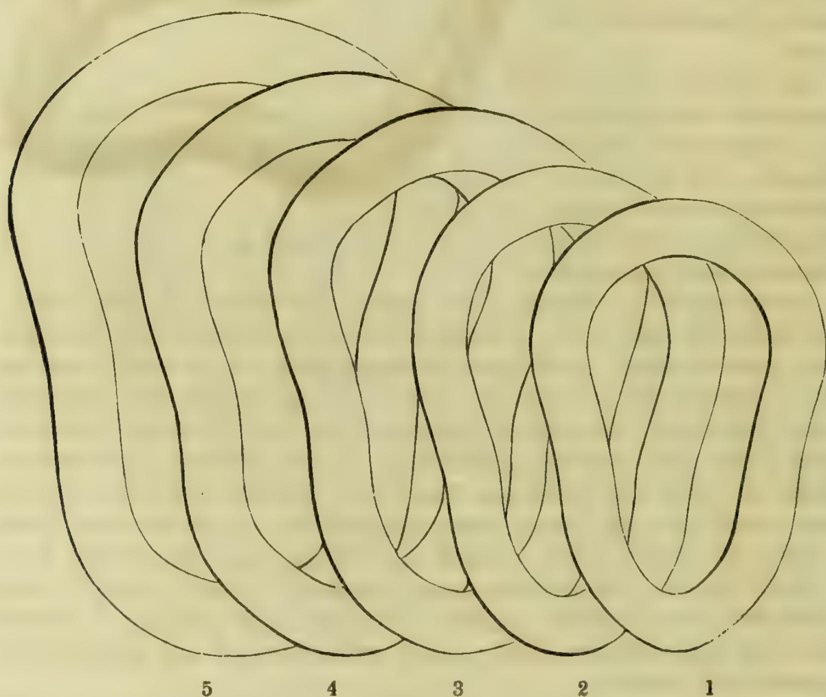


Fig. 61.

durante un tempo variabile secondo le circostanze. In tal modo, spingiamo fin dove è possibile quella che chiamasi cura del *riposo*, che è un elemento importantissimo della cura di questi casi.

Uso della sonda. — Il metodo che io raccomando nella cura di un caso recente di retroflessione è che la sonda, leggerissimamente curvata, deve essere introdotta con dolcezza e a poco a poco nell'utero, e poi dolcemente rotata, in modo che la sua concavità venga in avanti e l'utero così ripigli la sua forma ; questo strumento si deve adoperare una volta ogni due o tre giorni, forse ogni settimana, e,

a queste manovre, bisogna aggiungere l'uso continuo di un pessario vaginale. In un caso recente, la sonda, in generale, è inutile per una o due settimane. In un caso cronico, quando la malattia vi è già da qualche anno, bisogna adoperare la sonda coll'intervallo di pochi giorni, spiegando la massima attenzione per un periodo di due o tre mesi, durante il quale qualche volta potrà essere necessario fare una sosta. Talvolta non è tollerata la ripetuta applicazione della sonda, giacchè si manifestano sintomi irritativi, e questi sono

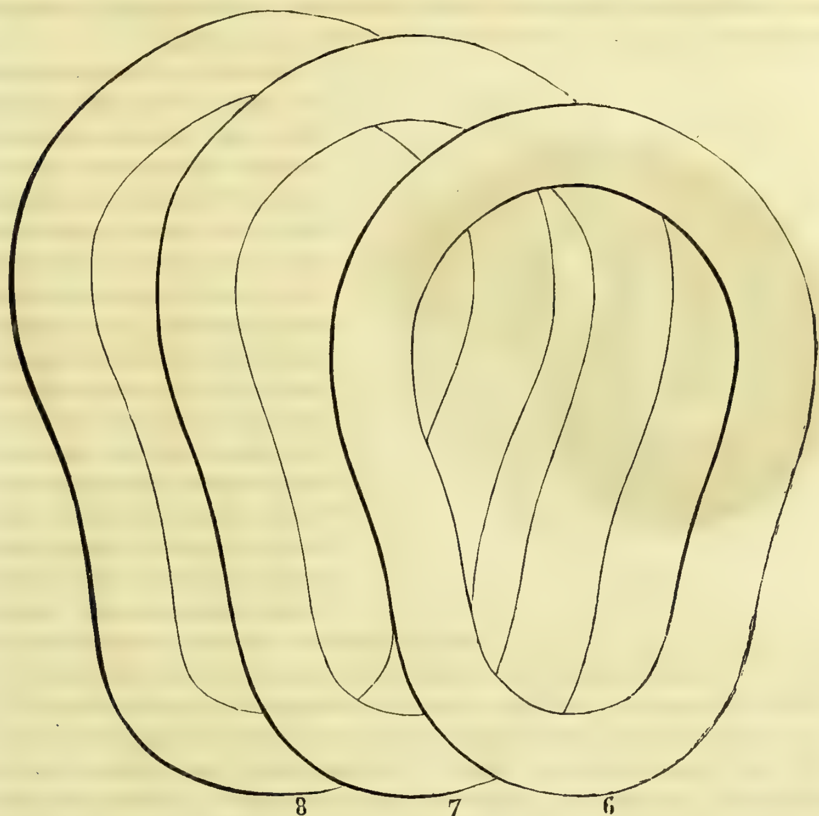


Fig. 62.

più probabili se al tempo stesso la donna porta un pessario vaginale. Quando la sonda si usa per modificare la forma dell'utero, la sua curva deve essere molto leggera, lo strumento deve essere quasi rettilineo. La difficoltà d' introdurla si vince spingendo in alto il fondo dell' utero col dito, mentre con dolcezza si fa penetrare lo strumento colla concavità rivolta in dietro. Anche nei casi in cui la flessione è molta acuta, non è necessario che la curva della sonda sia rilevante, ove, mentre s' introduce, si prenda la precauzione di

spingere in alto il fondo dell'utero. Dalla sola sonda raramente si ottiene un beneficio duraturo; l'utero quasi sempre torna a flettersi pochi momenti dopo che si è ritirata. La rapidità con cui la flessione si riproduce nel ritirare lo strumento è l'indice della difficoltà della guarigione. Bisogna aver molto garbo nel manovrare colla sonda e tenerla leggermente. Non si deve usare forza, giacchè il raddrizzamento dell'utero in un caso cronico per necessità è lento ed implica un considerevole cangiamento e distensione dei tessuti. In molti casi, è utilissimo mantenere l'utero nella sua forma naturale tenendo applicata la sonda per mezz'ora ad un'ora ogni volta.

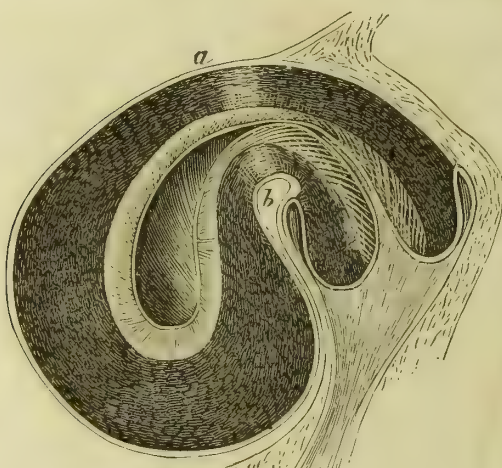


Fig. 63.

Difficoltà che riguardano la cura.— Vi è una grande differenza riguardo alla curabilità nelle diverse circostanze. Un caso di retroflessione, che dura soltanto da due o tre mesi e che non è molto acuto quanto al grado della flessione, può guarire in poche settimane. Supponendo che la flessione duri da due o tre anni, si può prevedere che la cura non raggiungerà completamente il suo scopo in sei od ottto mesi; e, quando la malattia dura da nove o dieci anni, le sue conseguenze, anche per un periodo più lungo di tempo, possono resistere ai nostri mezzi curativi. I cangiamenti di struttura dell'utero talvolta son tali che è difficile rimetterlo nel suo stato, grandezza e posizione fisiologici, e ridare alle sue pareti la loro spessezza normale (veggasi la figura 63 che rappresenta un caso di lunga durata con grande atrofia della parete posteriore). Io ho visto casi nei quali la prolungata compressione sui tessuti della parete posteriore dell' utero ha prodotto una nevralgia molesta rimasta anche dopo che l'utero aveva ripreso la sua forma. Questa è la conseguenza che si può prevedere, come in quei casi in cui processi infiammativi, i quali dànno luogo a compressione di tronchi nervosi in altre parti del corpo, si lasciano dietro una persistente ed incurabile nevralgia.

La prima difficoltà è la scelta del metodo di cura conveniente al caso, e non è facile stabilire regole precise a questo proposito. Si possono, però, dare alcune norme generali, per tentare di agevolare la via a coloro che non hanno una grande esperienza su questa materia.

La resistenza opposta al raddrizzamento dell'utero, come indicazione, ha un gran valore. Se si mettono in pratica le norme già date e si usa la sonda con dolcezza ed attenzione, si possono ottenere le cognizioni necessarie. Se vi è resistenza al raddrizzamento, o se l'utero torna a flettersi immediatamente dopo ritirata la sonda, è certo che la cura col *solo* pessario vaginale, probabilmente, non basterà, e saranno richieste ripetute applicazioni della sonda (o altre misure). Un pessario vaginale confacente al caso farà molto ; ma, se l'utero si è consolidato nella sua posizione flessa, il suo unico effetto sarà d'impedire l'aumento della rotazione dell'organo, ma la flessione può rimanere inalterata. In tali casi, l'inferma resta imperfettamente guarita, o se guarisce, quando più tardi si toglie il pessario, si vedrà che la flessione è come prima. D'altra parte, se l'utero è molle e pieghevole, se torna con facilità al suo posto e vi rimane per due o tre minuti dopo che si ritira la sonda, possiamo asserire che la guarigione sarà ottenuta con certezza, per mezzo dei pessarii vaginali o della posizione, o senza ricorrere a ripetuti raddrizzamenti.

Ora ci si può domandare : possono alcuni casi essere curati colla sola posizione, facendo del tutto a meno del pessario vaginale ? Senza dubbio, se vediamo il caso nell'esordire, la risposta è affermativa, ma io non ho mai visto una donna in un periodo tanto precoce da poterla dispensare dall'uso dei pessarii. D'altra parte, ho conosciuto casi di retroflessione, che sono stati curati colla sola posizione (prona) per un anno e più e che non guarirono. D'altronde, è possibile che, giungendosi a fare una diagnosi più completa e più precoce di questi casi, potrà bastare la semplice cura colla posizione. Per ora, incontra troppo spesso che la malattia non sia diagnosticata quando non ha un anno o due di esistenza.

L'adattamento dei pessarii vaginali è una cosa di non lieve difficoltà. Io non intendo parlare dell'operazione o della introduzione, ma dèlla scelta dello strumento che bisogna applicare.

Questo è il momento in cui dobbiamo occuparci della questione relativa alla efficacia dei pessarii vaginali nella cura della retroflessione. Io, per mezzo di essi, ho ottenuto i più grandi successi, ed ho guarito molti casi gravissimi coi pessarii e colla sonda al tempo stesso. Fa d'uopo attentamente vigilarli finchè non si accerta che l'utero ha assunto una forma ed una posizione regolare; dopo di che, produrranno poca molestia. L'estremità superiore del pessario deve trasportare il fondo al suo posto; perciò dev'essere abbastanza lungo. La saccoccia vaginale che sta dietro al collo dell'utero naturalmente deve essere spinta in sopra , e io quasi mai ho osservato casi nei quali un pessario abbastanza lungo non poteva essere introdotto. Spesso è necessaria un po' di pazienza , ed

il pessario si deve cambiare con uno più lungo, di quando in quando fino a che non si raggiunge lo scopo. Quando esso è applicato, bisogna con attenzione esaminarlo , per accertare se l' effetto voluto è stato prodotto , giacchè talvolta il pessario è semplicemente incastrato nella concavità della flessione, e, allora, non solo è inutile ma fa male. Ecco alcune norme pratiche. Sovente non si presta sufficiente attenzione al metodo con cui si fa l'esplorazione digitale. Se l'inferma sta regolarmente situata colle ginocchia tirate molto in alto, il dito può giungere nella vagina, quasi fino a un pollice più in sopra che con qualunque altro metodo , e così il fondo spostato si può sentire più facilmente. Questa è una cosa importante per assicurarsi dell'azione del pessario. Naturalmente, si può adoperare la sonda per verificare la posizione del fondo dell'utero ; si deve manovrare con attenzione e lo strumento deve essere quasi dritto. In alcuni casi, si trova che il pessario deve essere trasportato tanto in alto dietro all'utero che è difficile raggiungerne l'estremità superiore colla punta del dito. È impossibile dare altre indicazioni oltre quelle che riguardano i limiti possibili di lunghezza e grandezza degli strumenti , giacchè ciascun caso presenta particolarità sue proprie.



Fig. 64.

Il pessario da me sopra ricordato (quello di Hodge, modificato da Alberto Smith) è molto utile nel vincere una difficoltà che io spesso ho incontrato quando non lo adoperava. La retroflessione dell'utero di raro è esattamente nella linea mediana, poichè il fondo per lo più inclina verso uno dei lati; onde spesso scivola sovra uno dei lati dello strumento di forma ordinaria. Ma, quando il pessario è largo in sopra, come quello di Alberto Smith, è impedito lo scivolamento del fondo dell'utero. Talvolta, l'ampiezza richiesta ad impedire questa deviazione laterale è considerevole. È difficile introdurre un pessario largo quando l'entrata della vagina è stretta, ma è facilissimo quando trattasi di donne che hanno partorito. Qualche volta è bene dare alla sezione superiore una leggera sporgenza in fuori, da un lato o dall'altro.

Una buona modificazione del pessario per la retroflessione è quella

descritta dal Dr. Gehrung [1], che consiste nel fare sulla parte superiore del pessario una depressione centrale, in modo da impedire che il fondo scorra verso uno dei suoi lati. La stessa idea ha avuto il Dr. Gervis col suo pessario. La figura 64 mostra il pessario di Gehrung, che è segnatamente utile quando l'utero è in realtà retroflesso un poco verso un lato. Il principio di questa modificazione è eccellente, ed io l'ho usata molte volte.

Il pessario sopra raccomandato ha una doppia azione: tira il collo in dietro, e così fa diminuire la rotazione; sembra che alcuni scrittori abbiano ritenuto che a ciò si limiti l' azione del pessario di Hodge; ma non è così, ed io so per pratica che, colla pressione diretta e il sollevamento che produce la sezione superiore del pessario, il fondo può essere portato alla necessaria altezza; è vero che, a raggiungere questo scopo, può bisognare un pessario piuttosto lungo.



Fig. 65.

In alcuni casi in cui l'utero è molto grosso, è necessario un pessario di considerevoli dimensioni (veggasi pag. 210), e, se queste non sono sufficienti, l'utero non può essere mantenuto in sito.

Altre modificazioni del pessario per la retroflessione. — Non vi è dubbio che, in alcuni casi, è un vantaggio l'avere un pessario la cui parte superiore sia molto grossa, giacchè la pressione è meglio tollerata, e meccanicamente agisce meglio; intendiamo una grossezza quanto quella del dito mignolo (circa mezzo pollice). Quando la pressione dello strumento contro il fondo dell'utero è mal tollerata, si ricorre al seguente espediente: si covre la sua estremità superiore con un cuscinetto pieno di aria o di acqua. Il pessario del Dr. Priestley (che è un'asta la quale agisce da fuori) ha la

[1] *St. Louis Med. and. Surg,. Jour.* August, 1878.

suddetta disposizione. Talvolta io ho adoperato pessarii costruiti sul tipo di quello di Hodge e coverti nell'estremità superiore dal sopraindicato cuscinetto. Nel pessario del Dr. Greenhalg (veggasi la figura 65, che rappresenta uno strumento di media grandezza), si raggiunge uno scopo identico con un cuscinetto pieno d'aria o adoperando quella sostanza elastica e molle, che chiamasi moc-main, coverta di gomma elastica.

Nei casi realmente accompagnati da molestia, la miglior cosa è di avere un pessario così costruito, perchè si può modellare secondo le forme volute.

In pratica, trovo che, per lo più, si può evitare la pressione diretta sul fondo dell'utero, e, quando non è possibile, per mezzo di una posizione conveniente e di altri mezzi ausiliarii, si può fare a meno del pessario imbottito, anche quando il fondo è molto sensibile al tatto.

Il pessario di Cutter per la retroflessione, è degno di essere sperimentato quando non si può tollerare una pressione continua. Esso è di vulcanite, di forma quasi simile a quella della parte superiore del pessario di Hodge, secondo la modificazione del Dr. Thomas piuttosto grossa; ma la parte inferiore si prolunga in forma sigmoidea e sporge nella vulva. In quest'ultimo punto, è curvata un po' in indietro sul perineo, e vi è annesso un passamano curvato in sopra verso il sacro e fissato ad una cintura. In tal modo, si può regolare dall'esterno la pressione spiegata sul fondo dell'utero. I vantaggi e gli svantaggi di questa cura sono abbastanza ovvii. Io ho visto casi in cui questo strumento si avrebbe potuto applicare con profitto, ma preferisco altri metodi di cura. La figura 66 mostra la modificazione che ne ha fatto il Dr. Thomas. —



Fig. 66.

Osservazioni generali sull'uso del pessario per la retroflessione. — Talvolta avviene che il pessario, quantunque adattato al caso, non si può tollerare per più di poche ore. Non sempre l' utero permetterà che sia trasportato in una sola volta al suo vero posto. Sono aperte due vie: diminuire la pressione, usando un pessario più piccolo, o prescrivere risolutamente la posizione prona; amendue questi mezzi possono essere utilizzati contemporaneamente. Il pessario dovrebbe spiegare una pressione diretta sul fondo dell'utero quanto più leggera è possibile, usando la sonda si allontana dal pessario. La posizione prona e quella inclinata sulle ginocchia e sui gomiti producono lo stesso effetto, ad un grado più o meno completo, secondo le circostanze. Per questi motivi, se l'utero è sensibile al tatto, non bisogna applicare il pessario se col riposo e la posizione convenienti

non si fa diminuire per quanto è possibile la pressione diretta del pessario sul fondo ; in ciò sta gran parte del secreto del successo nei casi difficili.

Non bisogna ritenere dover essere il pessario sempre utile sol perchè per un certo tempo fa bene. Infatti, in alcuni casi, giunge un periodo in cui, essendosi tolta la retroflessione, l'utero è rotato *in avanti*, per l'azione del pessario, e la retroflessione è cambiata in un'antiversione o antiflessione. Io ho visto casi nei quali, a causa di un apparente ritorno dei sintomi, si è provato un grande disinganno, e nei quali, esaminando le parti, fu visto che era avvenuto il suddetto fenomeno. Esso ha luogo con maggior probabilità quando l' utero è piuttosto molle che in altre circostanze. Vi sono pochi casi in cui l'utero è molto molle ed in cui il passaggio dalla retroflessione all'antiflessione avviene quasi *subito*, nell'applicare un pessario per la retroflessione; ma questi sono casi rarissimi.

Talvolta è difficile dire quando il pessario si può togliere senza pericolo ; ciò implica la questione relativa alla completa curabilità della retroflessione dell'utero. Quando ha luogo la gravidanza, si può togliere il pessario ai quattro mesi, nella quale epoca vi è poco pericolo di una riproduzione. Cessata la gravidanza, se la distorsione è di antica data, forse bisognerà di nuovo applicare il pessario (per circa tre settimane). Insomma, possiamo dire che, se la retroflessione ha esistito per due anni, probabilmente sarà d'uopo portare il pessario per un tempo quasi uguale, e, generalmente parlando, sembra che la durata della malattia, regoli la durata della cura meccanica dell'utero. Vi hanno casi che guariscono più rapidamente, ma sono eccezionali. La gravidanza, certamente, coadiuva la guarigione ma non la produce assolutamente. Quando la malattia esiste da molti anni, una guarigione completa è quasi impossibile, quantunque, spendendovi molto tempo e pazienza, l'utero può in ultimo riacquistare una forma regolare anche dopo sei, otto o dieci anni; ma, in tali casi, sarà indispensabile l'uso molto prolungato di un pessario vaginale.

Bisogna sapere che il pessario sopra raccomandato non ha sostegno fisso contro qualche parte dello scheletro osseo della pelvi. Qualunque pessario che prema contro le ossa pubiche è mal tollerato e, probabilmente, sarà dannoso. Il pessario deve essere adattato in tal modo che sia abbracciato e tenuto in sito dallo stesso canale vaginale. Ordinariamente, non è necessario avere una larga base per lo strumento, giacchè la sua curva sigmoidea assicura mirabilmente la sua posizione nel canale vaginale. La sua estremità inferiore , perciò, deve stare nel centro dell'apertura vulvare e non deve premere contro le ossa pubiche.

Introduzione del pessario per la retroflessione.—L'inferma deve essere ben situata di lato, colle ginocchia tirate in alto. Lo stru-

mento deve essere bene spalmato ad un'estremità con cold-cream o con una sostanza grassa. Si deve introdurre un po' obliquamente, rispetto all'apertura della vagina, per farlo penetrare con maggiore facilità. Poi, con dolcezza, si fa giungere fino a metà via nel canale. Allora, si fa passare dietro ad esso il dito e se ne spinge bruscamente l'estremità superiore dietro al collo dell'utero. Poi rapidamente raggiunge la posizione voluta. Quasi sempre avviene che il pessario passa *innanzi* al collo dell'utero invece di andare in dietro, se non si bada alle suddette regole, e non v'è bisogno di dire che, in tal posizione, farà molto più male che bene. Dopo che è giunto al suo posto, si può comprimere energicamente per assicurarsi che esso può essere tollerato, ed è bene far tossire l'inferma o farla ponsare, per vedere se il pessario è applicato in modo da non sfuggire. Talvolta, senza l'ajuto dell'anestesia, è difficile introdurre un pessario, a causa della sensibilità o della resistenza spasmodica dell'inferma.

Quando l'entrata della vagina è stretta bisogna badare che il pessario non si pieghi nell'introdurlo, ove sia fatto di rame e gomma elastica. In tal caso, è migliore un pessario solido di vulcanite, se l'operatore non ha una grande abilità.

È bene ricordare che il pessario è più dannoso che utile se si applica colla concavità rivolta in basso in vece che in alto. Chi non ha studiato la sua costruzione ed il suo scopo non deve tentare d'introdurlo.

Necessità di cambiare il pessario. — Un pessario che si adatta bene molto di raro ha bisogno di essere cambiato. Il suo obbietto è di mantenere il fondo dell'utero al suo posto, e, se si estrae per pulirlo, deve subito essere riapplicato, altrimenti si perde ciò che si era guadagnato. Il pessario si deve ritenere come un sostegno la cui azione deve essere continua. Per nessun motivo bisogna toglierlo nel periodo mestruale; se è adattato al caso, la sua presenza, in questo periodo, sarà molto necessaria ed utile. Se si crede conveniente allontanare il pessario per pochi giorni, fa d'uopo ingiungere all'inferma di non muoversi dalla posizione orizzontale. Per nettezza, talvolta bisogna fare injezioni giornaliere di acqua calda mista ad un leggero disinfettante quando il pessario è di gomma elastica; ma, quando è di vulcanite, le injezioni per lo più non sono richieste che appunto dopo cessato il periodo mestruale. Il cambiare lo strumento, com'è naturale, è un bisogno se non si adatta bene o se fa d'uopo applicarne di varie grandezze. Nella pratica, ho trovato che le donne talvolta per alcuni anni si trovano bene portando il medesimo pessario. Mentre scrivo queste pagine, ricevo una lettera da un'inferma, che non ho più visto da tre anni e di cui non ho più avuto notizie, la quale mi annunzia che è stata sempre bene

e desidera sapere che cosa deve fare essendo ora incinta. Per regola, bisognerebbe osservare lo stato delle cose a periodi determinati; per certo, non dovrebbe passare più di un anno senza esplorare e togliere il pessario; io, però, non ho veduto nessun inconveniente quando per più lungo tempo ho lasciato inosservate le donne che portavano pessarii vaginali.

Pessario semplice ad anello, per la cura della retroflessione.— Alcuni anni dietro, il Dr. Meigs introdusse il pessario ad « anello », per la cura della retroflessione, e, sotto questo aspetto, si è diffusamente adoperato. La base è un pezzo di molla d'orologio. Lo strumento, che ora usano il Dr. John Williams ed altri, è di varie grandezze, ed è fittamente coverto di gomma elastica. Questo pessario s'introduce con facilità. Ecco, secondo me, quali sono i suoi vantaggi: s'introduce subito; agisce bene, e per la sua elasticità, è tollerato più degli altri pessarii che hanno maggiore rigidità. I suoi difetti sono che non può portare il fondo dell'utero oltre una certa determinata distanza, e che dev'essere largo per produrre un grande effetto in questo senso; perciò, implica un'esagerata distensione trasversale della vagina. Io ho trovato che è utilissimo, come mezzo temporaneo, nei casi in cui bisogna rimettere ad altra epoca una cura più completa, e poche volte è superiore agli altri pessarii. Quando è fittamente coverto di gomma elastica, questo pessario, in certo modo, agisce come gli antichi pessarii a disco.

Dilatazione e raddrizzamento dell'utero per curare la retroflessione. — Alcuni anni dietro, il Dr. Moir, di Edimburgo, suggerì e mise in esecuzione un metodo consistente nel dilatare il canale uterino per mezzo di tente e nell'applicare poi un pessario ad asta; il suo obbietto era di vincere prima la resistenza e la flessione con una grande dilatazione, e nell'adoperare poi il pessario ad asta per mantenerne il raddrizzamento. Questo metodo, senza dubbio, parte da un buon principio e si potrebbe applicare con vantaggio nei casi cronici ostinati (veggasi il Capitolo sui *Metodi di dilatazione del canale uterino*). Schultze [1], più recentemente, ha adottato il piano di dilatare prima con tente e poi injettare acido carbolico o una soluzione allungata di percloruro di ferro per promuovere la contrazione. Usa anche un pessario vaginale che ha la figura di un otto, per mantenere l'utero raddrizzato. Sembra che, in molti casi, ne abbia fatto applicazione senza cattivi risultati.

Cura della retroflessione per mezzo dell'asta intrauterina. — Abbiamo già detto (pag. 181) che, in generale, la cura coll'asta intrauterina conviene meglio per i casi di antiflessione. Io, talvolta,

---

[1] *Centralblatt. f. Gyn.* No. 3, 1879.

ho curato la retroflessione con quest'asta e con buon successo; ma, nella maggior parte dei casi, ho visto che è meglio seguire il metodo ordinario. Nella terza edizione di quest'opera, ho inserito la figura di uno strumento da me usato a questo scopo; esso consiste di un'asta di vulcanite, che si adatta ad un pessario vaginale di Hodge, sicchè ha una doppia azione. Secondo me, se si adotta il pessario ad asta, si deve usare insieme al pessario vaginale, come si vede nella quì annessa figura. Essenziale è che l'asta stia tutta nel canale e non sfugga in parte, e non tocchi l'apice del fondo, e, senza dubbio, è meno probabile che ferisca l'utero se il suo fondo è al tempo stesso sostenuto da dietro da un pessario vaginale.

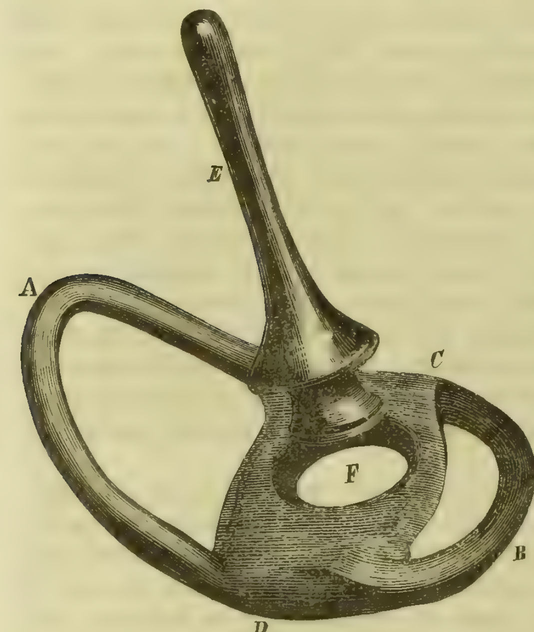


Fig. 67 [1].

Incisione e raddrizzamento immediato. — Si è proposto di incidere l'utero dalla parte interna, per togliere la flessione, con un'operazione che è una modificazione di quella che è stata eseguita molte volte dal Dr. Mariano Sims per il restringimento del canale uterino.

L'ultima modificazione di questo processo è un'operazione descritta nell'*American Journal of Obstetrics*, del Giugno 1876, dal Dr. Lennecker, di Chicago, sulla *Cura chirurgica della retroflessione primaria dell'utero*.

Sembra che egli intenda parlare soltanto della retroflessione che ha luogo prima del matrimonio. Situa l'inferma nella posizione della litotomia; incide il collo colle forbici, in avanti e indietro; poi, con un bistori *stretto*, incide l'utero fino al fondo, *lateralmente* e *anteriormente* (tre incisioni). I bistori, che sono tre, hanno una forma speciale; il manico è curvato in modo da adattarsi alla curva del canale. Dopo di avere nettato con acqua ghiacciata le parti, per cauterizzare l'incisione, applica un pò di cotone imbevuto di acido

[1] La figura 67 mostra un'asta intrauterina innestata ad un pessario di Hodge. La forma del pessario di Hodge, in questa figura, non è la migliore che si potrebbe usare. Quello modificato da Alberto Smith è il migliore.

carbolico. Questa cauterizzazione si ripete decorse 48 ore dopo avere adoperato un dilatatore a due branche : e poi, ogni tre giorni fino al dodicesimo ; poi una volta la settimana, per sei settimane. Dieci giorni dopo l'operazione, si applica un pessario di Hodge, modificato, per otto o dieci settimane.

Egli ha operato in tredici casi ; in tutti ottenne una completa guarigione ; in tre casi avvenne subito la gravidanza cioè nel 6.°, età 19 anni, maritata da un anno ; nel 10.°, età 22 anni, maritata da 2 ; nell' 11.°, età 22 anni, maritata da sei mesi.

Si afferma che tutte le donne operate guarirono, e che tre divennero subito incinte ; ma, siccome le età di queste ultime furono 19, 22, e 22 anni, è da concludere che la retroflessione non era di antica data, ed avrebbe potuto facilmente cessare con mezzi più semplici.

Io, ora, ho totalmente abbandonato l'uso del pessario ad aria e del pessario ad asta, descritti nella 3.ª edizione di questo libro.

Operazione radicale. — Quì possiamo ricordare un'operazione eseguita da Koeberlé a Strasburgo, il 27 Marzo 1869, per la guarigione radicale della retroflessione colla gastrotomia e fissazione dell'utero alla parete addominale anteriore mediante il legamento largo che, essendo portato in avanti, fu fissato al margine della ferita addominale. Il Dr. Schetelig, che descrive l'operazione [1], dice che l'inferma guarì e cessò lo spostamento dell'utero. La sua età era di 25 anni. La malattia durava da due anni e mezzo. Questa operazione costituisce un processo ingegnoso, ma chiaramente dimostra che non si conoscevano mezzi meccanici di una specie meno pericolosa.

Ooforectomia (Operazione di Battey). — Nei casi giudicati incurabili con altri mezzi, talvolta è stata eseguita l'operazione che porta il nome di Battey. Soltanto nei casi estremi, può essere necessaria e ritenuta giustificabile. Io, però, ritengo, che, col tempo e la pazienza, guariscono anche i casi più disperati. È possibile che vi siano donne le quali da una lunga cura non ottengono nulla, ma io ancora non ne ho incontrato. Torneremo su questo argomento nel capitolo sulle *Malattie delle ovaje.* Ora, pertanto, posso dire essere per me evidente che, in alcuni dei casi pubblicati di ooforectomia, per retroflessione cronica, lo spostamento uterino avrebbe potuto guarire senza l'operazione, persistendo nei tentativi di cura della retroflessione dell'utero ed avendo molta pazienza.

---

[1] Dr. Schetelig. *Ueber eine Radicaloperation zur Beseitigung der Retroflexio und Retroversio Uteri ; Sep. Abdr. a. d. Centralblatt f. d. med. Wissensch.* 1869. No. 27.

CAPITOLO XXI.

ANTIFLESSIONE ED ANTIVERSIONE DELL' UTERO.

IMPORTANZA DEGLI SPOSTAMENTI E DELLE FLESSIONI IN AVANTI. — Frequenza con cui dànno origine alla dischinesia uterina — Quest' ultimo sintoma si osserva con grande frequenza nella pratica.

DEFINIZIONE. — Difficoltà incontrata finora a dare una definizione — Per la presenza di una leggera antiflessione nell'utero normale — Per erronea interpretazione della vera natura della congestione dell'utero, associata all'antiflessione — Definizione dell'autore: casi eccezionali in cui non si applica — Uso del dito nel fare la necessaria esplorazione — Precauzioni da prendere.

FREQUENZA. — Paragone fra i casi dell'ospedale e quelli della pratica privata — Nubili o maritate — Età in 488 casi della pratica privata.

EZIOLOGIA. — Cause predisponenti — Discussione dell'opinione di Schultze sul movimento dell'utero quando la vescica è vuota — Opinione dell'autore, diversa da quella di Schultze — Importanza della mollezza dei tessuti uterini e della mancanza di rigidità nel cagionare antiflessione — Gravidanza pregressa — Rottura del perineo — Debolezza fisica e generale e prostrazione — Cause occasionali: cause traumatiche e loro grande frequenza — Attacchi precedenti di parametrite — *Antiflessione patologica* di Schultze — Fissazione generale periferica in seguito ad antiflessione di lunga durata.

Gli spostamenti e flessioni anteriori dell'utero sono incomodi reali e serii, quantunque non manchino scrittori autorevoli che combattano quest'opinione.

Oggi, però, molti ginecologi di fama ammettono la importanza degli spostamenti anteriori dell'utero. La crescente convinzione dell' importanza di queste malattie è dimostrata dal fatto che sono stati raccomandati moltissimi rimedj meccanici per curarle.

Circa la « importanza » di queste affezioni, considerando questo argomento, si troverà che, quantunque molti, i quali se ne sono occupati, non l'hanno creduta degna di menzione, la quistione si riduce in realtà a ciò: prendendo un' inferma che presenta sintomi riferibili all'utero, quale è l' interpretazione del dolore, o dell' incomodo, o del sintoma speciale che la spinge a richiedere il consiglio di un medico? Essendomi, per molti anni, sistematicamente sforzato di dare una risposta a questa domanda, in tutti i casi individuali che mi sono venuti innanzi, ho concluso che l'antiversione

e l'antiflessione sono malattie che hanno una grande « importanza ». Ecco le considerazioni generali che mi hanno portato a questa conclusione:

In primo luogo, bisogna badare alla grande frequenza con cui le inferme, le quali vengono a consultarci, si lamentano di dolore o di molestia di varie specie *durante i movimenti*. È stata diffusamente trattata questa parte nel capitolo sulla *Sintomatologia*. L'analisi di questo sintoma, da me chiamato « dischinesia uterina », mostra clinicamente, nel modo più positivo, il suo rapporto con un movimento esagerato o con una mobilità dell'utero in una direzione o nell'altra; e un gran numero di osservazioni che ora abbracciano

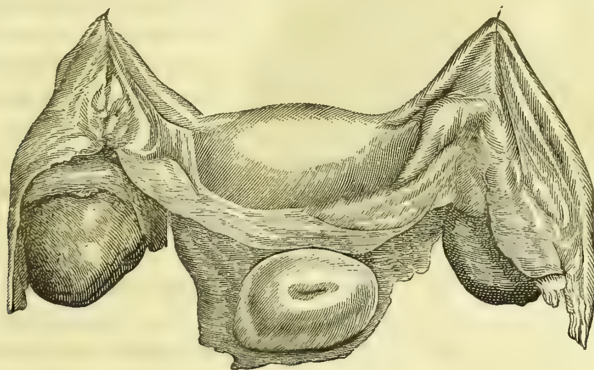


Fig. 68 [1].

molti anni, mi ha dimostrato che la mia conclusione è vera. Oltre a ciò, si può ad evidenza dimostrare colla clinica che le sofferenze di questo genere costituiscono una larga parte degl'incomodi di cui soffrono le donne che ci domandano consiglio. Abbiamo dunque due cose importanti : 1) che alcuni movimenti meccanici dell'utero dànno origine a dolore e sofferenza, e 2) che tali dolori, prodotti meccanicamente, costituiscono la maggior parte dell'affezione. Secondo dice l'inferma, ciò che essa sente per lei è la malattia.

In secondo luogo un'estesa osservazione ha mostrato che vi è un nesso molto intimo fra certi gradi di antiversione o flessione e l'accentuata dischinesia uterina, e che quest'ultima è quasi sempre congiunta alla prima (tranne il caso in cui la flessione o spostamento è posteriore). Sicchè, un sintoma definito indica tanto generalmente uno stato definitivo dell'utero che, evidentemente, vi ha un rapporto di causa ad effetto.

Un'altra serie di prove consisteva nell'osservazione degli effetti

---

[1] La figura 68 mostra un caso avanzato di antiflessione ; essa rappresenta un preparato dell'UNIVERSITY COLLEGE MUSEUM.

del riposo, nel mantenimento dell'utero nella sua forma e posizione regolari, ecc., nell'allontanare o alleviare questo speciale gruppo di sintomi. Questo effetto è rilevantissimo, e l'osservazione, ripetuta continuamente, ha mostrato che questi sintomi, di cui l'inferma si lamenta tanto, cessano dietro una cura essenzialmente meccanica, e cessano in proporzione diretta della riuscita delle misure prese per prevenire e limitare i movimenti anormali dell'utero e per restituire all'organo la sua forma ordinaria.

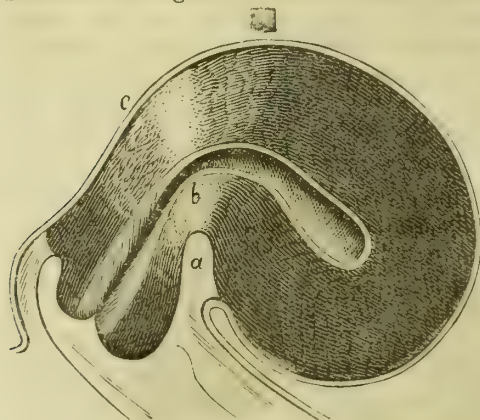


Fig. 69 [1].

Sicchè, dalle osservazioni, ripetute giorno per giorno per alcuni anni, e che possono, in un dato senso della parola, chiamarsi « sperimentali », risulta evidente la reale e sostanziale influenza spiegata dall'antiversione e dalla flessione dell'utero nel produrre il dolore, le sofferenze e le molestie di varie specie, di cui l'inferma tanto spesso si lamenta.

Lo stesso ragionamento e le stesse conclusioni si applicano alla retroversione ed alla retroflessione, e la precedente asserzione si riferisce tanto agli spostamenti posteriori quanto agli anteriori dell'utero. La sua ragione di essere quì è che, mentre la retroflessione e retroversione sono ammesse, tranne pochissime eccezioni, come malattie, non è così riguardo all'antiversione e all'antiflessione, e io desidero indicare come e perchè sono stato indotto a ritenere sostanziali ed importanti queste ultime affezioni.

Con quanto sopra ho detto, non s'intende che la « dischinesia uterina » sia il solo grave sintoma nei casi di flessione anteriore. Altri sintomi sono anche importanti, ma sono meglio conosciuti e debitamente valutati da coloro i quali hanno prestato attenzione a questo argomento.

Definizione. — Ora è necessario dare una definizione dell'antiflessione e dell'antiversione. Da ciò che si è già detto, risulta evidentemente la necessità di una definizione.

Ecco a che cosa si riduce la quistione: quale grado di flessione anteriore o di versione anteriore si deve ritenere come anormale?

[1] La figura 69 mostra l'antiflessione acuta dell'utero, sovra un taglio, che è passata allo stato cronico.

Il punto speciale, in cui io dissento da alcuni scrittori e pratici reputati, è quello relativo all'importanza dei gradi minori di flessione e versione anteriori, ed alla loro capacità di produrre sintomi molesti. Come ho già detto la mia conclusione ha per base una lunga serie di osservazioni cliniche.

Circa i *gradi più gravi di antiflessione e versione*, il numero degli osservatori scienziati che ammettono la loro importanza è molto considerevole. Soltanto pochi negano il significato pratico, come malattie, dei casi più gravi di spostamento anteriore. Circa l'importanza dei gradi meno gravi di flessione e versione anteriori, il numero dei convertiti deve essere ancora aumentato di più.

Non vi ha dubbio che la causa principale della ripugnanza a riconoscere come malattie gli spostamenti anteriori è la nozione, che siccome l'utero ha una leggera curvatura normale ed inclinazione in avanti, l'aumento di questa curvatura e inclinazione non può avere importanza pratica. Il predominio di questo principio è ed è stato tale che pochi si son dati la pena di notare la differenza che passa fra i varii gradi di antiflessione ed antiversione.

Questo non è il solo motivo della negligenza degli osservatori circa il sopradetto fatto ; un altro è stato la complicazione della congestione dell'utero, tanto spesso notata in questi casi, la quale ha richiamato esclusivamente l'attenzione, mentre lo spostamento o non è stato riconosciuto affatto (come per lo più avviene), o se, è stato riconosciuto, vi si è attribuita un'importanza molto secondaria. Avendo avuto spesso l'opportunità di trovarmi in consulto con pratici, in casi di questo genere, ho potuto convincermi che un motivo, per il quale si sa tanto poco della frequenza e degli effetti degli spostamenti anteriori, è che la più semplice e facile esplorazione dello stato dell'utero per mezzo del dito, si esegue poco. Ripetute volte, è avvenuto che, nelle donne dirette a me per consiglio, ho trovato notevole antiversione o flessione, la quale era rimasta ignorata, unicamente per il motivo sopradetto : non si vide lo spostamento, semplicemente perchè non vi si diresse l'attenzione. L'uso troppo esclusivo dello specolo, e in generale il concentrare troppo l'attenzione sullo stato della bocca dell'utero, sono le cause per le quali troppo spesso non si fa l'esplorazione digitale.

In tal modo, è avvenuto che queste malattie sieno state relativamente trascurate, talvolta perchè non vi si è badato, talvolta perchè, quando se ne conosceva la presenza, non furono bene interpretate. Ora possiamo passare alla definizione, che io do nel seguente modo:

L'antiflessione o versione anormale vi è quando il fondo dell'utero si può sentire per mezzo del dito, introdotto fino alla metà dell'ultima falange, mentre l'inferma giace di lato e colle gambe tirate in alto, in una posizione favorevole a questo esame. Que-

sta definizione si applica sempreché non vi ha tumore o considerevole ingrossamento dell'utero. Essa abbraccia la maggior parte dei casi, ma non tutti, giacchè, in alcuni eccezionali, l'utero sta piuttosto in alto ed è antiflesso molto e anormalmente.

Non abbraccia i casi in cui l'utero è mobilissimo, ed il fondo si ritira innanzi alla punta del dito, giacchè, allora, l'alterazione può passare inosservata.

Non abbraccia quei casi di antiflessione in cui l'utero è molto molle, giacchè, allora, può non essere facile il sentire il fondo col dito, quantunque l'utero sia indubitatamente antiflesso.

Non abbraccia quei casi di antiflessione con retroversione, di cui parleremo più tardi. Nell'eseguire la ricerca sopradescritta, si troverà che il margine inferiore del legamento triangolare corrisponde al punto di unione della prima colla seconda falange del dito. Generalmente, è facile introdurre il dito fino a questa distanza, situando l'inferma in una posizione conveniente. Io ritengo necessario d'insistere sull'osservanza di quest'ultima condizione, giacchè, facendo tirare le ginocchia in alto, l'osservatore può introdurre il dito quasi per un pollice più in là del punto in cui si arriva con qualunque altra posizione.

Teoreticamente, si potrebbe supporre che lo stato della vescica potesse modificare i risultati delle ricerche, ma, in pratica, è diverso il caso, poichè, se vi ha antiflessione o antiversione anormale, il fondo dell'utero, in generale, ma non sempre, sta fra i limiti sopradescritti.

Per potersi applicare la definizione che abbiamo dato, il corpo dell'utero deve essersi materialmente flesso o rotato in avanti, abbandonando qnella posizione che sopra (veggasi pag. 118) abbiamo descritta come normale, ovvero tutto l'utero deve essere disceso nella pelvi ad un livello molto più basso del solito.

Senza fare uso di forza, si vedrà che, per lo più, è possibile introdurre facilmente il dito per tre pollici, e, quando è raggiunto il fondo e se ne determinano i contorni alla suddetta distanza dall'ostio vaginale, vi è uno spostamento.

La questione relativa alla posizione e movimento normali dell'utero è stata già diffusamente esposta a pag. 120 e seg.

I limiti del movimento normale in avanti sono rappresentati dalla figura 70, giusta le mie idee. Le grandi labbra presentano una sporgenza all'esterno, ed una parte dei tre pollici che costituiscono la lunghezza del dito è perduta ad attraversare la vulva, ordinariamente un pollice (nei casi di obesità di più), talchè restano soltanto due pollici per esplorare la vagina. È possibile introdurre il dito fino ad una distanza maggiore, facendo una certa pressione; ma la definizione da noi data si applica alla esplorazione ordinaria,

in cui non si comprimono le parti (veggasi la fig. 8 che mostra la linea di direzione nella esplorazione digitale).

Quando il movimento dell'utero non oltrepassa i limiti sopraindicati come normali, lo spazio rimasto fra il fondo uterino e la sinfisi pubica è quasi di un pollice e mezzo. Quando il fondo invade questo spazio, la posizione è anormale, ammenochè non si possa spiegare il fatto coll'aumentato volume di tutto l'organo; naturalmente, bisognerebbe eliminare quest'ultima circostanza.

Lo spostamento anteriore, oltre il limite ricordato, dovrebbe mettere il fondo a portata del dito introdotto nel modo sopradescritto.

Vi sono casi nei quali alcune circostanze impediscono di rico-

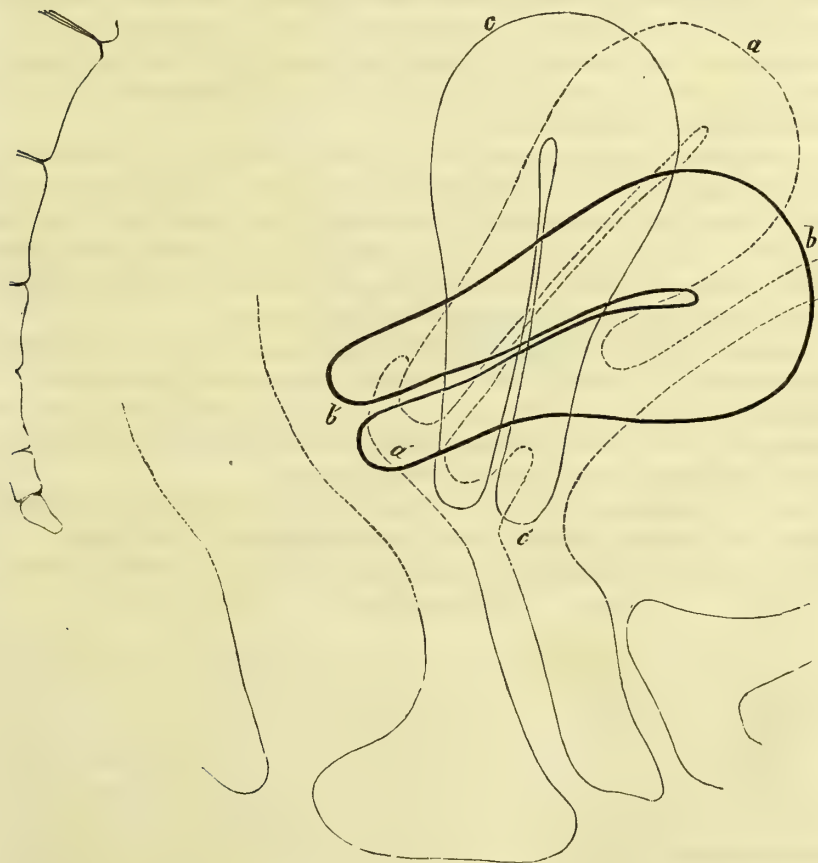


Fig. 70.

noscere il fondo coll'esplorazione digitale, e noi ne abbiamo ricordato qualcheduno. Perciò, non bisogna concludere assolutamente che non vi sia spostamento anteriore sol perchè non si può scovrire il fondo col tatto.

Bisogna osservare che le regole date suppongono che l' inferma stia di lato. È evidente che questa non è la posizione più favorevole per scovrire un leggero spostamento anteriore. Questo , per certo, si scovrirebbe più facilmente per mezzo del tatto nella posizione in piedi. Questa considerazione, però, sta in favore della definizione da noi sopra data , giacchè , giacendo l' inferma in posizione laterale, non sarebbe tanto probabile l'acquistare un' idea troppo sfavorevole del caso per mezzo della eplorazione digitale. Nei casi gravi di antiflessione e di antiversione, il fondo dell'utero si raggiunge molto facilmente se l' inferma sta in piedi o giace di lato.

Frequenza. — Ne abbiamo già fatto cenno a pag. 128 ; quì possiamo dire che, su 1200 inferme dell'ospedale (1865-69), vi furono 184 casi di antiflessione o antiversione (112 di retroflessione o retroversione). In sei anni di pratica privata (1873-79), su 1140 inferme, vi furono 488 casi di antiversione o antiflessione (180 di retroflessione o retroversione).

Le suddette cifre mostrano che, mentre in circa 1[7 delle inferme dell'ospedale vi fu antiflessione o antiversione, nella pratica privata si ebbe un numero molto maggiore, cioè circa 2[5. È da notare che il gran numero di casi di antiflessione e antiversione della pratica privata devesi in parte riferire al fatto che molti di essi furono diretti a me come specialista per curarle.

Paragone fra la frequenza dell'antiflessione , ecc. e quella della retroflessione. I risultati della pratica dell'ospedale soprasegnati si applicano soltanto a quella classe d' inferme fra cui furono 184 antiflessioni e 112 retroflessioni. Nella pratica privata, vi furono 480 casi di antiflessione e 180 di retroflessione.

Nubili o maritate. — Su 488 donne con antiflessione o antiversione della pratica privata, 360 erano maritate e 129 nubili.

Età. — Ecco la statistica compilata in sei anni di pratica privata:

Età	Nubili	Maritate feconde	Maritate sterili
16	1	0	0
17	0	0	1
18	1	0	0
19	3	0	1
20	4	0	2
20-25	26	20	27
25-30	36	65	41
30-35	34	02	22
35-40	11	38	18
40 45	6	20	10
45-50	5	9	0
50	0	5	5
Età non stabilita	1	13	5
	120	231	120
		488	

ETIOLOGIA.

Predisposizione. — Non v' ha dubbio che vi è una speciale predisposizione dell'antiflessione e antiversione nella *naturale leggera*

inclinazione dell'utero in avanti, e che vi è normalmente una leggerissima curva anteriore del canale uterino. Coadiuvato dalla sua naturale consistenza e rigidità, e sostenuto, fino a un certo punto, dalla vescica moderatamente distesa, la posizione e la forma dell'utero sono mantenute in uno stato fisiologico.

I rapporti delle *variabili condizioni della vescica* coi movimenti *normali* dell'utero sono stati studiati a pag. 126. Quì è necessario, però, occuparcene ancora, a causa della loro importanza rispetto



Fig. 71 [1].

all'argomento di cui ora trattiamo. All'opposto della opinione di Schultze [2], ripeto che i risultati delle mie osservazioni non confermano la sua idea, che l'utero *sano* divenga chiaramente antiverso e leggermente flesso quando la vescica è vuota. Credo, al contrario, che lo spazio che resta nella pelvi per il vuotamento della vescica, sia ordinariamente riempito dalla discesa delle intestina, e che l'utero conservi in queste circostanze la sua forma normale (leggermente curvata in avanti). Io, perciò, nego che avvenga quella che Schultze chiama antiflessione e antiversione normale, almeno nel grado de-

[1] La figura 71 rappresenta, secondo Schultze, il perimetro normale dell'utero (multiparo) dopo vuotata la vescica ed il retto (*Arch. f. Gyn. 8. 142*).
[2] *Arch. f. Gyn. 8 134.*

scritto da lui. Sembra probabile che il caso o i casi, da cui Schultze rilevò le sue figure della cosìdetta antiflessione normale, realmente rappresenterebbero soltanto ciò che si può osservare nei casi in cui l'utero è molle e molto pieghevole, ma, allora, io negherei l'aggettivo « normale » a tali casi. Questo autore, le cui eccellenti memorie si possono consultare con vantaggio, sembra che non abbia notato quello che io considero un fattore importantissimo, cioè la mollezza o durezza dell'utero. Per certo, bisogna tener conto di queste condizioni quando si vuol definire l'antiflessione normale e anormale.

Nel capitolo sulla *Etiologia delle flessioni*, è ricordata, come un'efficace condizione predisponente, la *mollezza dell'utero*. Quì si applica in un modo speciale questa osservazione. Io, dopo lunga pratica, mi sono persuaso che essa è un fattore importantissimo dell'antiflessione e dell'antiversione. In un precedente capitolo (veggasi pag. 61), abbiamo detto che cosa s'intende per mollezza anormale dell'utero. Questa mancanza di tono, di rigidità e di resistenza nell'utero fa sì che esso resti a discrezione delle influenze esterne di natura meccanica. Uno o due anni di alimentazione scarsa o insufficiente bastano a produrre un'accentuata mollezza uterina, ed allora gli sforzi ordinarii possono essere dannosi alla stabilità dell'utero. La mollezza acquisita, la naturale inclinazione dell'utero in avanti, un leggero sforzo che agiscono insieme producono allora notevole danno. Io ho appreso che la mollezza dell'utero predispone alla flessione, dopo di avere osservato casi di antiflessione, ed ho notato frequentemente questa mollezza molto tempo prima di potermene dare una soddisfacente spiegazione.

Una gravidanza pregressa può essere causa d' innumerevoli casi di spostamento anteriore. Essa agisce predisponendo al rallentamento degli attacchi dell'utero, e lasciandolo in uno stato molle e voluminoso. In queste circostanze, cede facilmente quando l' inferma comincia a muoversi, massime se vi si aggiungono le influenze debilitanti di una scarsa alimentazione durante il puerperio. In alcuni casi di aborto, la malattia comincia da questo e si conferma quando si lascia stabilire e impiccolire l'utero nella sua posizione distorta.

Rimandiamo il lettore alle statistiche date a pag. 169, circa l' influenza di una pregressa gravidanza, nel determinare una sterilità secondaria.

La rottura del perineo in taluni casi favorisce l' antiflessione e l'antiversione. Io ho visto parecchi casi in cui la lesione perineale sembrava che fosse stata il punto di partenza dello spostamento.

In ultimo, una delle più comuni cause predisponenti dell'antiflessione e dell'antiversione è la debolezza fisica e la prostrazione generale, di cui sono casi tipici quelle prodotte dalla febbre tifoide, dal morbillo, dal scarlattina e simili. Io, in pratica, ho visto pa-

recchi casi in cui la malattia cominciò, senza dubbio, da un grave attacco di febbre, e alcuni dei più gravi di spostamento anteriore che io ho visti sono stati casi di questo genere. Non è però necessario che l'esaurimento fisico derivi dalla febbre. Vi sono molte altre influenze deprimenti che potremmo ricordare ; esse agiscono sopratutto facendo diminuire il tono dell'utero, rammollendo i suoi tessuti e predisponendo, mercè quest'alterazione, alla sua distorsione.

Cause speciali ed occasionali dell'antiflessione. — Le cause *generali* delle flessioni sono state già esposte, e, a questo proposito, rimandiamo il lettore alla pag. 132.

La questione relativa alle cause speciali dell'antiflessione e dell'antiversione è, fino a un certo punto, chiarita dalle particolarità riportate nel quadro che trovasi a p. 133. Da queste particolarità, ivi registrate, si rileva che le influenze traumatiche hanno agito molto gravemente nei casi sottoposti ad analisi, e che io ho osservato in sei anni di pratica. Così, su 257 donne, nubili o sterili, con antiflessione, si trovò che la flessione evidentemente dipendeva da influenze traumatiche in quasi 100 casi. Il quadro suddetto mostra, però, che tali cause traumatiche talvolta produssero uno spostamento in avanti e, talvolta, uno in dietro ; sicchè, non sembra che un accidente speciale o un'offesa meccanica produca una forma di spostamento uterino, piuttosto che un'altra.

Lo studio critico dei casi dimostra a evidenza l'influenza massima degli agenti alteranti meccanici nella produzione dell'antiflessione o antiversione. A pag. 134, abbiamo dato una lista delle cause occasionali possibili di flessione. Circa la forma speciale dello spostamento di cui ora ci occupiamo, generalmente, nei casi che ci si presentano, osserviamo che hanno operato l'una o l'altra di queste cause. Più volte mi è accaduto di non aver potuto per qualche tempo determinare la causa speciale — l'accidente o sforzo o ciò che ha potuto essere — la quale precedette immediatamente la manifestazione dei sintomi ; ma, un pò più tardi l'inferma ha parlato di un accidente, da lei in principio dimenticato, e così si è potuta completare l'intera storia, dalla quale risultava, indubitatamente, che una speciale causa meccanica era stata il punto di partenza del male. Fa d'uopo ricordare che, mentre un singolo accidente o un grave sforzo è stato senza dubbio la causa in un certo numero di casi, ve ne sono molti altri in cui la causa ha agito per molto tempo e l'utero si è spostato per l'azione continua—per esempio quotidiana—, di una speciale causa occasionale. Le lunghe passeggiate giornaliere, lo stare in piedi quotidianamente per molte ore successive, come avviene alle donne impiegate nei negozii, l'assistere per molto tempo persone ammalate, sono esempii di questo genere. Il cavalcare, il cucire a macchina, sono altre cause della stessa natura, il cui cattivo effetto non sorge a un tratto ma a poco a poco.

Alcuni pochi casi di antiflessione e antiversione dipendono dagli sforzi, che si associano ad un brivido durante la mestruazione, e che io riferisco ad un essudato o ad un' inspessimento dei tessuti periuterini, conseguenza della cessazione del mestruo, per cui l'utero si fissa più o meno in una posizione distorta.

Il rapporto degli essudati infiammativi, delle effusioni intorno all'utero, della parametrite, ecc. coll'antiversione e l'antiflessione, ha costituito l'obbietto del lavoro di Schultze [1]. Questo autore crede che una causa principale di ciò che egli chiama « antiflessione patologica » dell'utero è la rigidità e l'accorciamento delle pieghe del Douglas dietro di esso, la quale rigidità è la conseguenza di parametrite cronica atrofica, che passiona il tessuto connettivo dello spazio del Douglas. Schultze dice che egli molto spesso ha trovato questa fissazione posteriore nel corso dell'antiflessione. Non v'ha dubbio che un anormale accorciamento delle pieghe del Douglas può produrre tale effetto; ma è discutibile se esso ha luogo comunemente. Qnì possiamo dire che, nei casi cui allude Schultze, la condizione normale realmente presente può essere stata una grande mollezza dell'utero antiflesso, e che la supposta fissazione posteriore sia stata soltanto quella fisiologica. Schroeder e Muller (di Berna) negano l'esattezza di questa opinione di Schultze. Io, in alcuni casi, ho trovato il tessuto connettivo, che circonda lo spazio del Douglas, condensato e resistente, quando trattavasi di antiflessione, e vi era stata cellulite pelvica; secondo la mia esperienza, l'accorciamento anormale e la rigidità delle pieghe del Douglas sono molto rari.

Non pertanto, osserviamo non di raro quella che si può chiamare essudazione parametrica ed indurimento periuterino, fin dove si può giungere col dito, nei casi di antiflessione e antiversione d'indole cronica. Questo indurimento e questa contrazione del tessuto connettivo agiscono come una condizione che *fissa* l'utero, e, in fatti, non di raro, oppone difficoltà alla elevazione e raddrizzamento dell'organo. L'essudato non è pertanto la causa della flessione e dello spostamento, ma, invece, ne è la conseguenza. La cellulite pelvica può dare origine ad un'effusione localizzata che può fare allontanare l' utero dalla sua posizione fisiologica verso un lato o l'altro, o in dietro o in avanti, e l'organo può essere così fissato in giù, come lo sarebbe dalla suddetta essudazione ; questi casi però , non sono comuni. Ritorneremo su questo argomento nel descrivere le complicazioni dell'antiflessione e dell'antiversione.

---

[1] *Archiv. f. Gyn.* 8. 1.

CAPITOLO XXII.

ANTIFLESSIONE E ANTIVERSIONE DELL'UTERO. —

(Continuazione)

VARIETÀ. — 1. Nel grado della flessione; 2. Grado di rotazione dell' utero; 3. Grado di discesa di tutto l'utero; 4. Rigidità dei tessuti uterini — Varie combinazioni di queste possibili ed infinite differenze dei casi — Tre principali gradi di flessione — Descrizione di alcuni tipi principali — Varie condizioni del collo — Antiflessione con rotazione posteriore — Casi gravi in cui l'utero sta molto in basso e comprime il retto — Variazione nella rigidità del tessuto uterino e dei suoi legamenti — Aspetti clinici dei diversi casi — Casi illustrativi — Grado di congestione.
COMPLICAZIONI. — Congestione, accessi di congestione acuta — Distensione della cavità — Adesioni — Cistocele — Cistite — Costipazione.
SINTOMI. — Dischinesia uterina — Casi illustrativi di essa, presentati da trentatre donne « feconde » e da trentacinque nubili — Dolore spontaneo — Sensibilità dell'utero al tatto — Altre sensazioni anormali — Dismenorrea, Menorragia, Leucorrea, Amenorrea — Sterilità — Aborti — Dispareunia — Sintomi nervosi riflessi — Sintomi riferibili alla vescica, al retto.
DIAGNOSI. — Difficoltà di vario genere — Metodo — Uso della sonda — Precauzioni e difficoltà d'introdurla nei diversi casi.

VARIETÀ.

Nel capitolo sulla *Retroflessione* e *Retroversione*, abbiamo adottato un certo metodo di classificazione che possiamo seguire, per quanto permettono le circostanze, rispetto all'antiflessione e all'antiversione. Abbiamo detto (veggasi pag. 294) perchè preferiamo la parola « rotazione » invece di « versione », e, per le stesse ragioni, bisogna usare questo termine nel descrivere le varietà dell'antiflessione e dell'antiversione.

I casi si possono classificare secondo ;

1. Il grado di flessione — 1°, 2°, 3°, e le sue varietà ;
2. Il grado di rotazione ;
3. Il grado di discesa di tutto l'utero ;
4. Il grado di resistenza da esso presentato al raddrizzamento o alla riposizione ;
5. La presenza o mancanza di *a*) congestione, *b*) ingrossamento.

(Per alcune altre variazioni, si vegga la classificazione generale delle flessioni, a pag. 141).

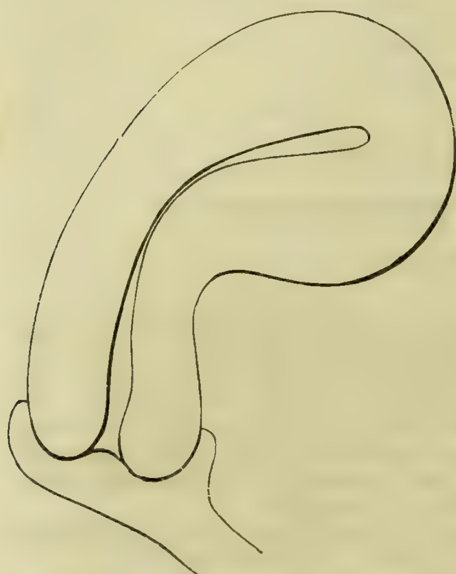


Fig. 72.

Siccome nella pratica i diversi fattori sopranominati si combinano in varii modi nei diversi casi, è evidente che si possono osservare infinite varietà. Chiunque studii l'argomento in pratica, giungerà a questa conclusione, che difficilmente si trovano due casi perfettamente simili. La valutazione di questo fatto è necessaria per il successo della cura in questi casi, poichè in ciascuno si trovano particolarità speciali. La sopradetta classificazione servirà ad indicare i punti su cui bisogna dirigere l'attenzione per acquistare una determinata e completa idea del caso speciale che ci sta dinanzi.

L'antiflessione dell'utero, secondo il Dr. Emmet, passiona generalmente il collo, di rado il corpo. Io non mi acconcio a questa opinione, comechè, senza dubbio, si osservino molti casi in cui la flessione sta inferiormente alla bocca dell'utero.

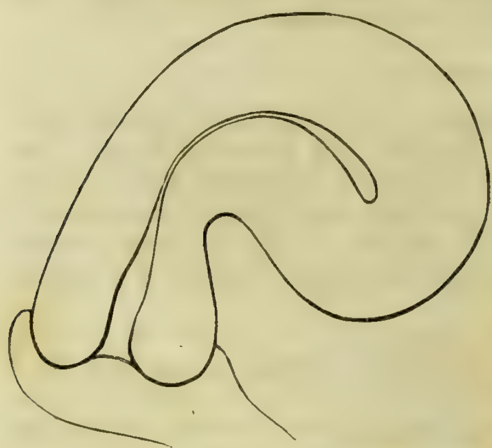


Fig. 73.

Ora descriveremo quelle che si possono chiamare varietà tipiche dell'antiflessione e dell'antiversione.

Il caso più semplice è quello in cui l'utero è flesso al primo grado, il fondo sta troppo in avanti, e la bocca sta vicino al sacro un pò più del solito (fig. 72). Frequentemente, vi si associa il primo grado di rotazione in avanti (che non si vede nella sopracitata figura); la figura 73 presenta un secondo grado di antiflessione

con un poco di rotazione. Questa può andare accompagnata ad un grado di rotazione molto più grave di quello che si vede nella figura.

La figura 74 mostra una terza e molto avanzata forma di antiflessione congiunta a rotazione.



Fig. 74.

La curva che il canale uterino presenta nei casi di antiflessione, secondo la mia esperienza, è graduale; non vi è un'alterazione repentina nella direzione del canale; tale brusco cangiamento di direzione non è possibile nelle circostanze ordinarie; come abbiamo detto, l'incurvamento avviene a gradi — primo, secondo e terzo — ma, nei casi ordinarii, ha luogo, più o meno, sovra tre quarti di pollice del canale; esso si vede nelle figure 73 e 74. Il centro reale dell'incurvamento può essere più in alto o più in basso della bocca interna dell'utero.

La rotazione ha luogo in gradi molto diversi nei varii casi. Sicchè, possiamo avere un grado estremo di rotazione senza o con iscarsa antiflessione. Questi casi hanno ricevuto il nome di antiversione pura e semplice. Essi non sono comuni, l'utero è quasi parallelo al canale vaginale, il fondo è molto vicino alla sinfisi pubica, e la parete posteriore della vescica sta in immediato contatto colla sua base, senza che vi sia un intervallo valutabile, come si vede nella fig. 75. La bocca dell'utero si raggiunge molto difficilmente col dito, giacchè sta molto in dietro nella escavazione sacrale.

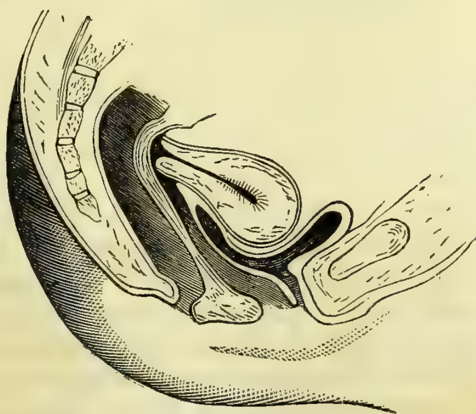


Fig. 75.

Ordinariamente, la rotazione non è molto avanzata quando il grado di flessione è considerevole, e, sotto questo aspetto, vi è una differenza fra i casi di antiflessione e quelli di retroflessione; la vescica

oppone un ostacolo alla rotazione anteriore molto accentuata. La figura 76 mostra tre gradi — 1) primo grado, 2) secondo grado, 3) terzo grado di flessione coi gradi più frequenti di rotazione.

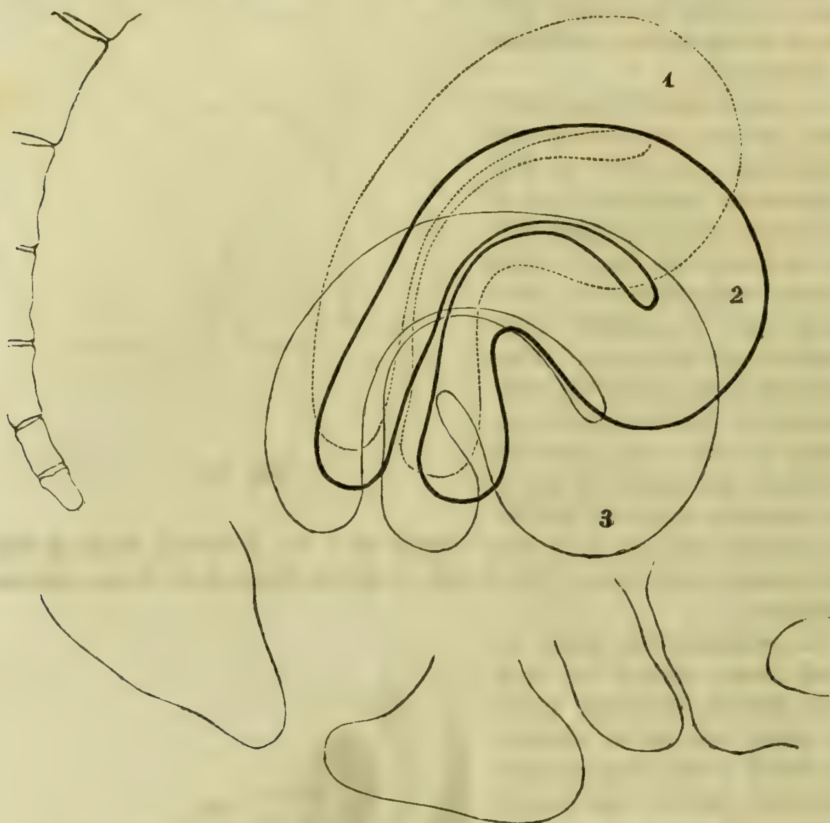


Fig. 76.

Lo stato della parte vaginale del collo è molto variabile. Talvolta è quasi dritto, e la bocca è chiaramente diretta in dietro, ma, in molti casi, è piegata in avanti, tanto che la bocca dell'utero non guarda verso la entrata della vagina ma in sopra ed in avanti. Così, talvolta, osserviamo coll'antiflessione di terzo grado, mentre tutto il canale uterino ha la forma parabolica, l'acme della flessione. Ciò si osserva più frequentemente nella giovani donne che non hanno avuto figli: il collo ha una forma conica e spesso è molto allungato. Secondo me, questo considerevole incurvamento della porzione vaginale del collo è dovuto (come osserva il Dr. Emmet) alle ripetute spinte dell'utero contro il pavimento della vagina, per cui il collo si piega e si volge in sopra. Per la gravezza dei sintomi e la difficoltà della cura, costituisce uno stato molto molesto. (Veg-

gansi le figure 77, 78 e 79). Alcuni osservatori ritengono questi casi simili ai congeniti. Così il Dr. Roper [1] dice:

1. Una certa classe di casi di antiflessione, « sono congeniti e non sono la conseguenza di qualche cangiamento patologico della struttura dell'utero, ma sono malformazioni di tutto l'organo o di parte di esso ».

2. « Le flessioni acquisite, in generale, si accompagnano con qualche cangiamento patologico della struttura dell'utero, che può essere ipertrofia, atrofia o degenerazione ».

Egli dice che, nella prima classe di casi, « vi ha un'anticurvatura dell'utero, dall'apice del fondo alla estremità del collo, che interessa tutta la lunghezza dell'organo. Non vi è nessun punto nel collo o nel corpo in cui vi ha flessione come nell'utero patologicamente flesso » (*loc. cit.* pag. 305).

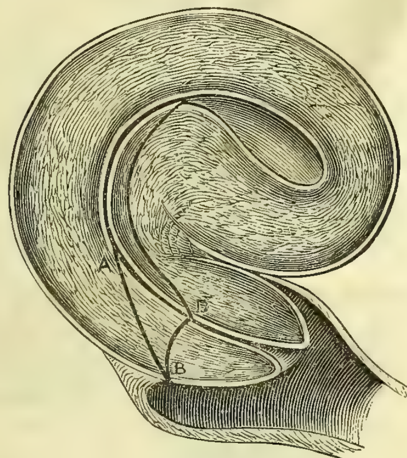


Fig. 77 [2].

Il contesto mostra che il Dr. Roper ammette la « flessione » soltanto quando il collo e il corpo dell'utero sono separati da « una porzione interposta di tessuto rammollito ».

Per lui, la semplice curvatura non costituisce flessione quando trova l'utero uniformemente solido e rigido. Ma bisogna osservare che la consistenza dei tessuti uterini varia: l'utero, generalmente, è molle quando ha luogo la flessione, ma può divenire, e spesso diviene in seguito, resistente e duro, quantunque conservi ancora la sua posizione flessa. La definizione della flessione del Dr. Roper può essere perciò accettata, e i casi che egli descrive col nome di « anticurvatura congenita » sono, secondo me, per la maggior parte, casi in cui la flessione è sorta nel modo sopraindicato.

Una speciale varietà di grave flessione del collo si vede nelle figure 78 e 79; ivi l'utero è antiflesso quasi al terzo grado; il collo è allungato e diretto in avanti ed un poco in sopra. Si può chiamare antiflessione avanzata dell'utero con *rotazione posteriore*. Ecco la storia di tali casi. Prima avviene l'antiflessione di grado avanzato e perdura per un tempo considerevole. L'utero s'indurisce

[1] *Obst. Trans.* vol. XX, p. 304.
[2] La figura 77 mostra un caso di grave antiflessione del Dr. Emmet; la linea nera A B C D indica l'estensione delle incisioni da lui fatte per guarire quest'alterazione.

nella sua posizione antiflessa, ma poi subisce la rotazione posteriore, in virtù della quale acquista la posizione e la forma che si vedono nella figura. Non è facile fare la diagnosi, giacchè sembra che vi sia un tumore dietro al collo. Oltre a ciò, *a principio*, la sonda si dirige in dietro. La mancanza di un tumore in avanti trae pure in inganno; questo stato di cose fu per la prima volta descritto da me nell'edizione del 1872 di questo libro. Io, nella pratica, ho incontrato almeno una dozzina di tali casi.

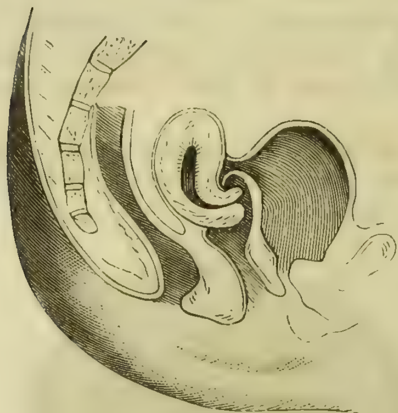


Fig. 78.

Le figure 80 e 81 presentano l'antiflessione dell'utero di diversi gradi e la posizione degli organi adiacenti.

Di raro si ha l' opportunità di osservare lo stato dell' utero nei casi di antiflessione all'autopsia; per tale ragione, credo utile riferire, riepilogandolo dall'opera del Dr. Ashwell[1], un caso descritto molti anni dietro da quell'attentissimo ed imparziale osservatore che fu il Dr. Walter Hayle Walshe.

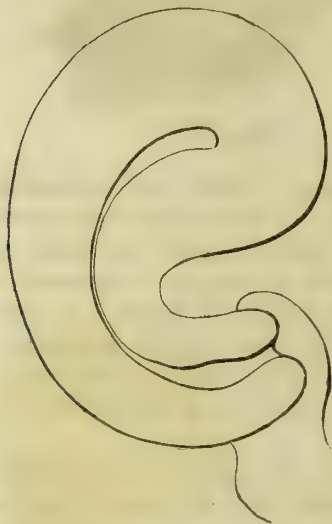


Fig. 79.

Questo caso fu osservato dal Dottor Walshe, alcuni anni prima, nelle sale di Louis, a Parigi. Egli lo dà quasi come unico, essendo che all'osservazione dei sintomi seguì l'autopsia.

Antiflessione e antiversione seguite da morte.—V. E., 38 anni, 9 gennaio.—Negli ultimi tre anni, lavorò come giornaliera; precedentemente, aveva fatto la portinaia e la serva. Ebbe sei figli, il primo a 17, l'ultimo a 23 anni. Mestruazione regolare. Negli ultimi cinque anni, andava soggetta a dolore vicino al margine superiore del sacro per il menomo sforzo. La qualità dei suoi alimenti era stata cattiva; per anni, non aveva mangiato carne. Per un mese, prima del 10 novembre, il dolore sa-

[1] *Diseases of Women*, 1844.

crale aumentò; nelle due precedenti mestruazioni, si era soltanto sentita appena poco bene. Il 10 novembre, mentre lavava, ebbe una repentina

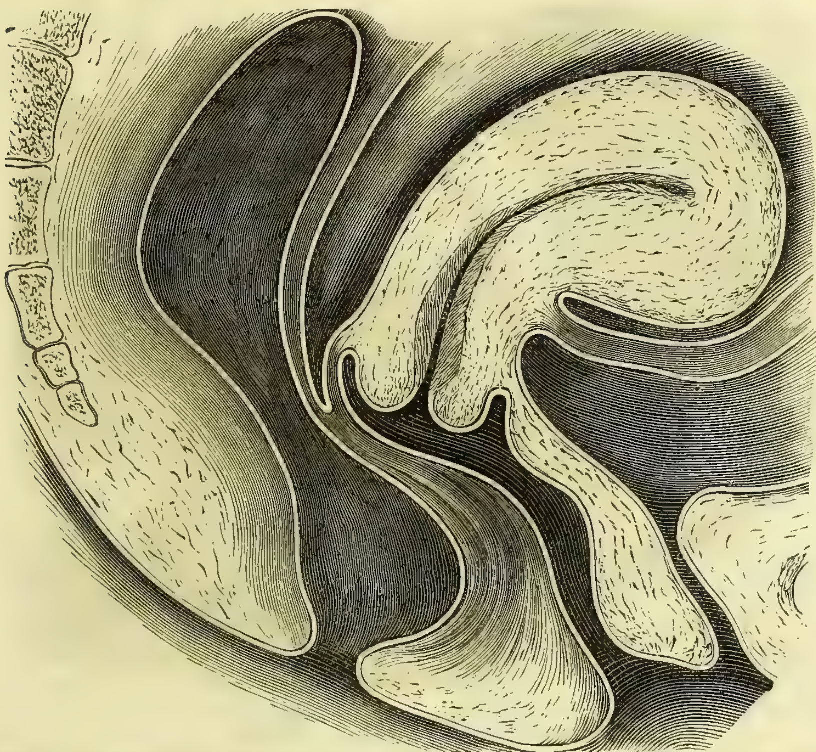


Fig. 80.

emorragia con uscita di grossi coaguli dalla vagina. Non intese nessun dolore e continuò a lavorare. D' allora in poi, vi fu un persistente scolo sanguigno che, per un mese, fu ogni giorno eguale alla quantità perduta durante la mestruazione, poi diminuì. A principio, vi fu forte dolore inguinale. Ora è scemato; in questi ultimi quindici giorni, nella coscia sinistra ha avuto talvolta dolore puntorio; è dimagrità della metà; appena mangia qualche cosa, durante il primo mese.

Stato presente. — . . . . . . La defecazione per lo più difficile in questi ultimi due mesi, e si rende sempre più difficile; nessun incomodo nell'orinare. È impossibile vedere il collo dell' utero collo specolo. *Esplorazione digitale.* — Collo dell' utero lontano due pollici e mezzo dalla vulva, grosso, straordinariamente duro, rivolto in dietro. In avanti, si sente verso il pube un tumore formato dal corpo dell' organo; spingendolo in sopra, si deprime il collo. Polso 76, scolo vaginale inodore, in quantità eguale ad un ottavo di quella perduta giornalmente nell' epoca mestruale.

12 febbraio. Aumentato lo scolo, ma migliorato lo stato generale dell' inferma. Oggi, però, vi sono altri sintomi—grande gonfiore e sensibilità dell' addome, violento dolore all' ipogastrio, che tre giorni dietro sentivasi appena. Vescica non distesa; vomito frequente di materia verdastra che

va aumentando. Per quattro giorni è mancata la defecazione, polso 112, regolare, molto piccolo; scolo quasi cessato; decubito dorsale, ginocchia

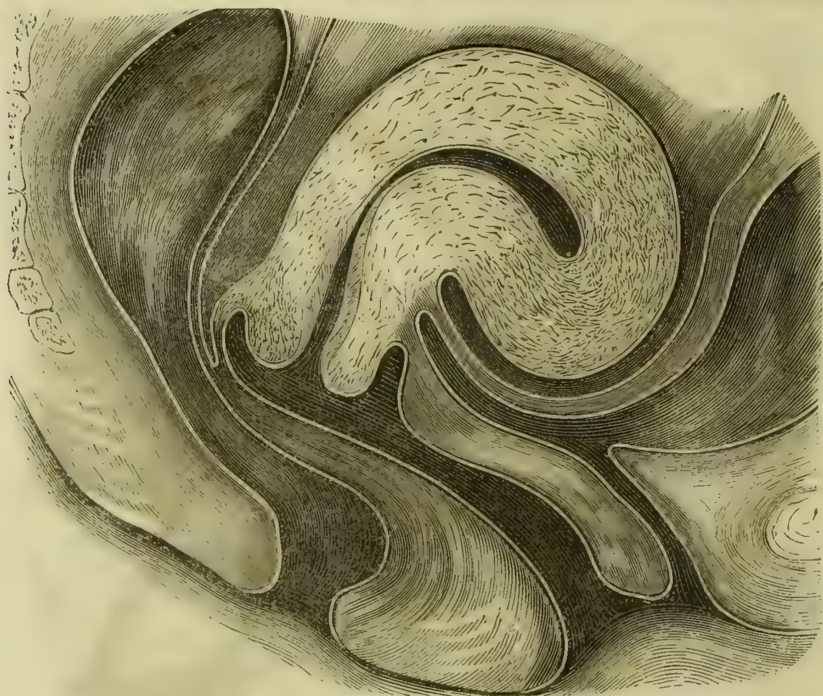


Fig. 81.

sollevate, lineamenti contratti. 13 febbraio. Tensione addominale aumentata; estrema timpanite; moltissima sete; polso 126; respirazione 54. 14 febbraio. – Morte.

Autopsia. – Intestina aderenti per false membrane; coagulo sanguigno, nero, nello spazio del Douglas: « sembra che vi siano alcuni vasi aperti.» Vi sono parecchie loculazioni con pareti pseudo-membranose, piuttosto dure, contenenti coaguli putrefatti. S iliaca aderente; liquido rosso scuro sotto le adesioni, e superficie nera.

« L'utero flesso ad angolo ottuso nel punto di unione del corpo e del collo, in modo che il fondo, nascosto dalla vescica, è inclinato in avanti ed in sotto, mentre il collo è inclinato in dietro verso il sacro; sicchè la superficie posteriore del corpo è antero-superiore. Vi è una leggera obliquità laterale in questa direzione, essendo il collo alquanto rivolto a destra della linea mediana; il fondo verso l'arcata crurale sinistra. Il corpo e il collo sono ipertrofici, grigiastri e duri, resistenti in ogni punto tranne in quello ove queste due parti si riuniscono ed in cui vi è un legamento dell'organo schiacciato d'avanti in dietro, estremamente molle, floscio e cedevole, e corrisponde appunto all'angolo di flessione. Le pareti anteriore e posteriore del corpo hanno un pollice di spessezza; il collo è largo due pollici e mezzo; il suo orificio è beante ». L'ovaia destra è ingrossata, suddivisa in cellule contenenti liquido puriforme. L'ovaia sinistra è anche di-

visa in cellule che contengono siero citrino; in una di queste cellule vi è un coagulo rossastro.

Il grado di discesa dell' utero in totalità è un fattore importante in ogni caso. Alcuni distinti ginecologi affermano che la flessione è la versione non si accompagnano a sintomi se l' utero non sta molto in basso nella pelvi. È certo che, quanto più in basso sta l' utero, tanto maggiore è la molestia. Io divido questa opinione. Generalmente, avviene che, nei casi di antiflessione, la discesa dell' utero in totalità sia un fenomeno accentuato. L'utero, quando è flesso, si rota, e, al tempo stesso, è spinto sempre più in basso verso il pavimento della pelvi.

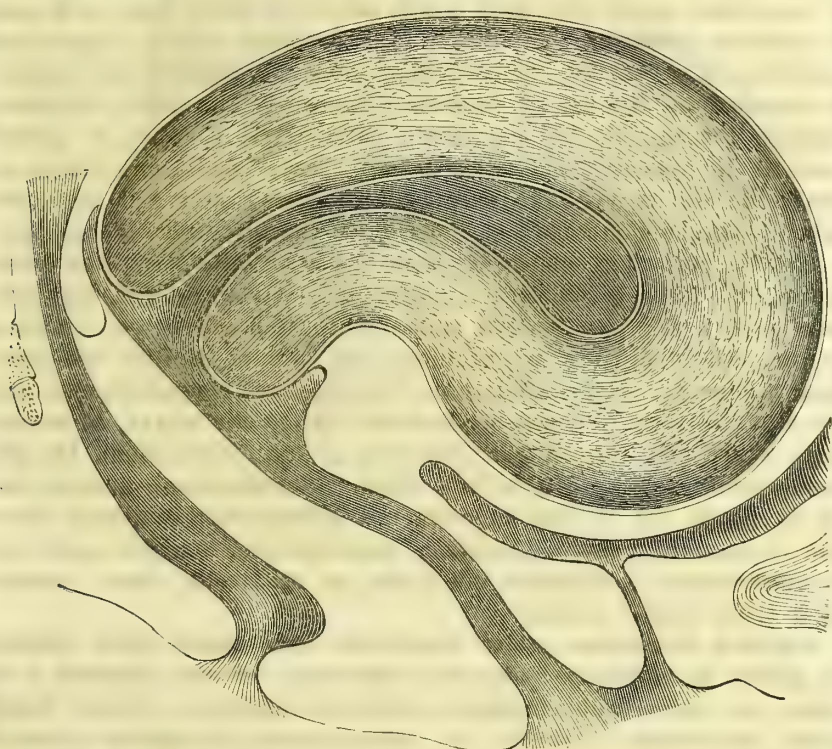


Fig. 82 [1].

Ed è tanto vero che avviene ciò, in quanto non è cosa rara il

[1] La figura 82 rappresenta un grave caso cronico di antiflessione, che, probabilmente, dura da 15 anni, in una donna di 36 anni. Subito dopo il matrimonio vi fu un aborto, e sono stati fatti parecchi tentativi per rettificare lo spostamento dell' utero. L' organo fu spinto in basso nella pelvi in uno stato di grande irritazione, ne derivò considerevole ipertrofia ed una nevrosi cronica di una parte del canale cervicale. I principali ma non i soli sintomi furono una forte nausea, un dolore costante e l' incapacità alla locomozione.

trovare la bocca dell'utero vicinissima alla estremità del coccige. Questi casi sono gravissimi e molto molesti. Ecco la descrizione di uno tipico: l'utero è nel secondo grado di antiflessione e di rotazione; la bocca è piuttosto lontana e in dietro, apparentemente tocca il coccige; il fondo è molto vicino alla sinfisi pubica. Non di raro, si osservano questi fatti nelle donne nubili, le quali, dopo molti anni di continue sofferenze, in ultimo sono divenute inabili a qualunque esercizio, a causa del dolore e della molestia prodotti dai tentativi di locomozione. (La fig. 82 presenta il sopradescritto stato dell'utero). Quando l'organo sta sul pavimento della pelvi, è causa di grande molestia la pressione sul retto, da cui spesso risulta un'ostinata costipazione. Io ho visto un caso avanzatissimo, in cui il collo dell'utero, spingendo innanzi a sè le pareti del retto, protuberava nell'ano.

L'utero, però, non sempre sta tanto in basso nella pelvi. Può essere acutamente flesso e conservare nonpertanto la sua posizione normale, quanto al livello che occupa nella pelvi; il fondo flesso, relativamente, sta in alto, e si raggiunge con minore facilità del solito. Sembra che Schultze abbia osservato piuttosto frequentemente questo stato di cose, se vogliamo giudicare da ciò che scrive, o, meglio, dalle figure che egli dà per illustrare le sue osservazioni. Ma dobbiamo ricordarci che Schultze crede all'antiflessione normale fino ad un grado che io non ammetto. La conseguenza di questa diversità di opinioni è che Schultze, naturalmente, incontra pochi casi di antiflessione (patologica) col fondo ad un livello basso, mentre io li trovo molto comuni.

Un'altra distinzione molto importante deve essere fatta riguardo *al grado di mollezza o durezza* dell'utero, ed alla difficoltà o facilità con cui si può rimettere nella sua posizione e forma fisiologiche adoperando la sonda. Ciò, naturalmente, si applica a tutte le varietà di spostamento sopradescritte. Quì ha un'opportunità speciale rispetto a quello che si può chiamare modo di vedere generale, in opposizione coll' interpretazione meccanica del caso. Bisogna determinare fino a qual punto l'utero è fissato ed indurito nella sua forma patologica, vuoi per indurimento dei suoi tessuti, vuoi perchè è fissato esternamente, a causa dell'indurimento del tessuto connettivo e dei legamenti uterini.

Supponendo, dunque, un caso di secondo grado con considerevole rotazione, possiamo trovare l'utero molle e spongioso e che si raddrizza e ritorna al suo posto con facilità; ovvero possiamo trovarlo molto duro e resistente, ed il tentativo di raddrizzarlo è accompagnato da difficoltà; o possiamo trovare che è tanto energicamente incastrato in basso dietro la sinfisi, che è quasi impossibile elevarlo coll'ajuto della sonda. Nei casi di lunga durata, è possibile incontrare quest'ultima difficoltà. Le annesse figure chiariscono quanto abbiamo detto sopra.

Nella figura 83, si vede una grave antiflessione all'età di 19 anni; l'inferma per dieci mesi aveva avuto sempre nausea, e lo spostamento era stato prodotto da un salto da un'altezza di sei piedi. L'utero era grosso, congesto, ma molle e spongioso.

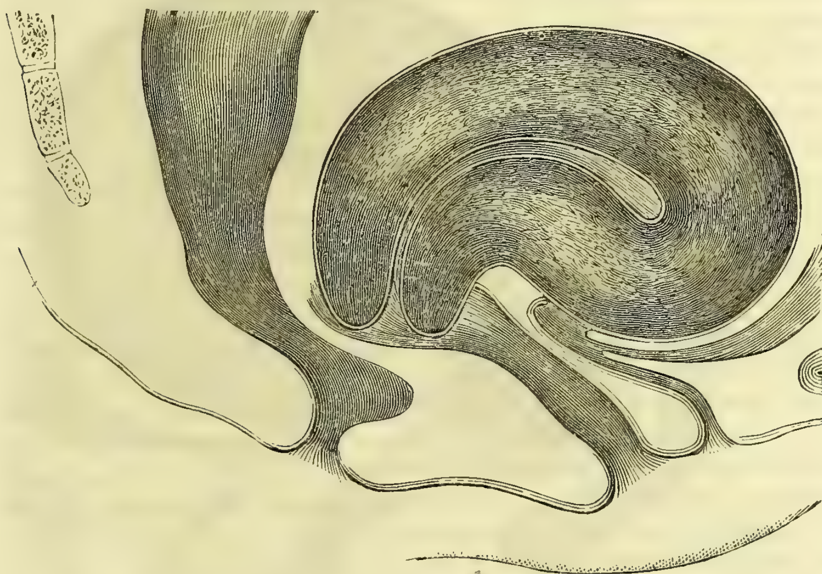


Fig. 83.

Nella figura 84, si vede un caso di grave antiflessione all'età di 51 anno; l'inferma era nubile ed aveva riportato un'offesa nell'oltrepassare una barriera quando era sedicenne. Per anni, era stata più o meno invalida.

L'utero era molto largo, perfettamente fisso nella sua posizione bassa antiflessa, ed era evidente che la malattia durava da molti anni. Questi due casi sono del tutto simili; in entrambi la posizione è la stessa, ma in uno la malattia fu diagnosticata tanto presto da poter guarire subito e con facilità; nell'altro, non era possibile modificare la posizione dell'utero, e non era più tempo di fare tentativi.

Quanto alla flessibilità e mobilità dell'utero, s' incontra ogni specie di gradazione. In generale, quando la flessione è di terzo grado, l'utero non si raddrizza facilmente. Talvolta osserviamo casi nei quali la flessione è grave, ma la mobilità generale è considerevole; allora il fondo uterino si eleva facendo una leggera pressione, ma la flessione resta e continua, quantunque sia diminuita la rotazione. Ciò ha un' importante applicazione nella cura.

La sonda è lo strumento col quale possiamo giudicare del grado

di rigidità della flessione e del grado di resistenza al tentativo di rimettere al suo posto e raddrizzare l'utero. (Nel parlare della diagnosi, faremo altre osservazioni sull'uso della sonda).

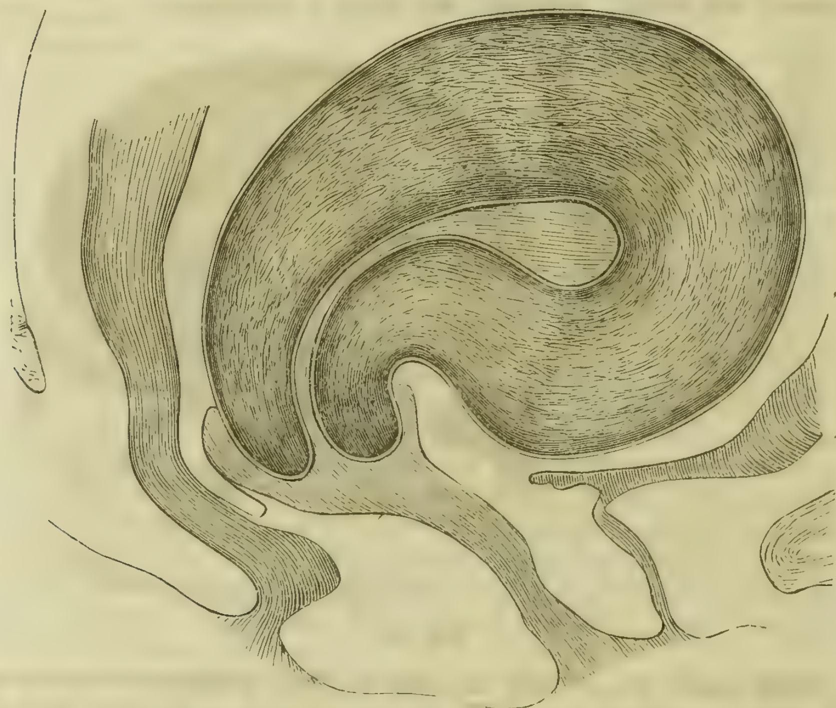


Fig. 84.

Grado di congestione o ingrossamento dell'utero. — Di raro manca completamente la congestione nei casi di antiflessione e di antiversione. Ma è molto più grave in alcuni che in altri. Il fondo dell'utero si può sentire molto più grosso del solito, per la prolungata congestione cronica congiunta ad antiflessione di cui in parte è causa, in parte effetto. Il primo, secondo o terzo grado di antiflessione può accompagnarsi con leggera, grave o gravissima congestione, e vi possono essere varii gradi d'ingrossamento. Una cosa molto comune nelle donne che non hanno avuto figli è la concomitanza dell'antiflessione e rotazione di secondo grado e dell'ingrossamento dell'utero, massime del fondo, che può raggiungere un volume triplo dell'ordinario. Si possono incontrare stati più o meno gravi di questo. L'ingrossamento congestivo con l'antiflessione non hanno luogo soltanto nelle donne che hanno avuto figli.

In generale, la bocca dell'utero presenta evidentemente una considerevole congestione, sovratutto nelle donne che hanno avuto figli.

In molti casi di pluripare, la bocca è notevolmente turgida, ed è sovratutto congesto il labbro anteriore. Nell'antiflessione cronica delle pluripare, la bocca dell'utero presenta un' ipertrofia molto avanzata, che è conseguenza della prolungata congestione.

Nelle pluripare, inoltre, non rare volte vi è arrovesciamento della mucosa del collo, l'abbassamento generale dell'utero dà origine in tali casi a grande attrito della bocca contro il pavimento della vagina. La congestione e l' irritazione, che si osservano alla bocca dell'utero in molti di tali casi, hanno per lungo tempo resa oscura la loro vera natura. Questo fatto, per lo più, è conseguenza della congestione generale dell'utero stesso, prodotta, nella maggior parte dei casi, dall'antiflessione. Talvolta, la causa sono lacerazioni del collo uterino durante il parto.

Complicazioni. — La congestione dell'utero è la più comune fra le complicazioni dell'antiflessione, come abbiamo già detto. A pag. 70, abbiamo spiegato perchè avviene questo fatto. La congestione può essere *molto acuta* e dare origine ad estrema sensibilità al tatto, a forti dolori spasmodici, a grande gonfiore di tutto l'utero, ad una specie di strozzamento dell'organo. Questo stato può passare in uno subacuto e poi in uno cronico. Nel periodo cronico vi possono essere frequenti acutizzazioni. In ultimo, l'utero raggiunge un gran volume e resta in un' ipertrofia permanente. La distensione della cavità uterina è una complicazione piuttosto comune dell'antiflessione ; essa sovente è considerevole, forma una grande saccoccia in cui si raccoglie sangue durante la mestruazione, e, in altre epoche, liquido puriforme.

Le adesioni, almeno le peritoneali, sembra che non siano comuni, ma la fissazione non è molto rara, si osserva sovratutto nelle antiflessioni di lunga durata, in cui l'utero sta ad un livello molto basso nella pelvi ed ha tratto seco il pavimento della vescica. Tale stato, quando si prolunga, rende difficilissimo il ritorno dell'utero alla sua forma e posizione fisiologiche. Si può facilmente confondere (e, infatti, si può accompagnare) colla durezza e la rigidità dell'utero stesso.

Il *cistocele* è una complicazione possibile dell'antiflessione grave, poichè il fondo dell' utero trascina la vescica in basso e in parte all'esterno. Io ho visto un caso simile in un' inferma che non aveva mai partorito.

Quando ha luogo nelle multipare, il cistocele, generalmente, si accompagna a rottura del perineo ; allora l'antiflessione e il cistocele son d'attribuire alla mancanza di sostegno perineale.

Io credo che la *cistite* sia effetto dell'antiflessione dell'utero più spesso di quel che si crede. Molto comunemente si trova un'estrema irritabilità della vescica nei casi di antiflessione dovuta alla pres-

sione meccanica del fondo sulla vescica, per la quale essa perde la virtù di ritenere il suo contenuto ; ma io ho visto alcuni pochi casi di cistite avanzatissima, senza dubbio dovuta all'antiflessione, alcuni dei quali sono stati guariti facendo cessare lo spostamento uterino.

La costipazione cronica è comunissima ed è dovuta alla pressione meccanica sul retto.

Sintomi. — Nel descrivere i sintomi osservati nei casi in cui vi erano flessioni dell'utero, abbiamo detto che uno dei più comuni è il dolore durante la locomozione. Questo sintomo, *dischinesia uterina*, è stato descritto a pag. 151. Non appartiene a qualche forma speciale di flessione uterina, ma è molto comune ai casi di antiflessione e antiversione. Esso ha una speciale importanza, poichè la sua gravezza, nei casi di antiflessione, indica il loro grado d'importanza.

Io ho creduto utile presentare i seguenti estratti, tolti dalle note prese sui casi da me osservati, perchè confermano quanto sopra ho detto. Io ho avuto sempre l'abitudine di domandare alle mie inferme di che cosa si lamentano, e nella seguente lista si trova in parte la risposta da me avuta. Vi sono due serie di casi, tolti dal mio libro di note, e le parole registrate, in generale, sono quelle che realmente adoperarono le inferme nel rispondere alla domanda sopradetta.

Casi di antiflessione o antiversione dell'utero — Le inferme appartengono tutte alla serie delle donne « feconde ».

1. Sensazione costante di abbattimento nel camminare.
2. Dopo uno sforzo fatto due mesi dietro si perdette la facoltà di camminare.
3. Dolore nell'alzarsi da letto la mattina.
4. Locomozione difficile.
5. Incapacità alla locomozione.
6. La facoltà di camminare si è perduta negli ultimi quattro mesi.
7. Locomozione molto difficile e dolorosa.
8. Locomozione dolorosa.
9. Scarsa capacità a camminare.
10. Sensazioni spiacevoli quasi continue; soltanto a letto cessava una specie di dolore.
11. Locomozione difficile.
12. Facoltà di camminare scarsa.
13. Sensazione di sforzo; non si può stare affatto in piedi.
14. Impossibilità a camminare per dolore al fianco.
15. Non può camminare.
16. Il camminare è doloroso.
17. Sta molto a sedere.
18. Assoluta impossibilità della locomozione.
19. Incapacità a camminare.
20. Dolore nel camminare.
21. Non può camminare a lungo senza dolore.
22. Si sente strascinare.
23. Dolore nel camminare.
24. Cammina male.
25. Dolore nel lato destro nei movimenti.
26. Abbattimento nel camminare o nello stare in piedi.
27. A causa del dolore nella regione ipogastrica è difficile stare in piedi.
28. Un giorno, sei settimane dietro, si accorse che non poteva fare se non pochi passi.
29. Dolore continuo al lato destro, dopo di essersi sforzata per una settimana a correre di bottega in bottega a fare compre.
30. Non può camminare.
31. Molestia dopo gli sforzi.
32. Dolore e molestia dopo gli sforzi.
33. Sforzi dolorosi.

Casi di antiflessione e antiversione dell'utero — in inferme nubili, o se maritate, sterili.

1. Il camminare produce sempre debolezza.
2. Non può mai camminare molto.
3. Può camminare soltanto per brevi tratti.
4. Solo per brevissimi tratti può camminare senza dolore.
5. Si stanca facilmente.
6. Non mette in pratica la locomozione.
7. Diciannove anni dietro perdette la facoltà di camminare.
8. Incapacità alla locomozione.
9. Non può alzarsi da sedere a causa del dolore alla schiena.
10. Dolori nella locomozione.
11. Locomozione dolorosa dopo cinque minuti.
12. Si stanca facilmente.
13. Non può camminare bene.
14. Il camminare produce dolore.
15. Incapacità alla locomozione.
16. Lo stare in piedi, anche per poco tempo, è insopportabile.
17. Non può camminare.
18. Cammina male.
19. Dolore alla schiena, massime nel camminare e nello stare in piedi; abbattimento.
20. Sensazione speciale negli inguini, ed una sensazione di nausea nel camminare.
21. Incapacità estrema al movimento.
22. Incapacità alla locomozione.
23. Dolore e incapacità a camminare.
24. Non ha potuto mai camminar bene.
25. Non può camminare liberamente o stare a sedere con agio.
26. Il dolore al fianco aumenta cogli sforzi.
27. Facoltà di camminare molto scarsa.
28. Grande difficoltà alla locomozione.
29. Gran dolore nell'inguine destro, che aumenta dopo gli sforzi.
30. Dolore alla schiena, che aumenta col camminare.
31. Il camminare stanca molto.
32. Non può camminare bene.
33. La facoltà di camminare è scarsa; una volta era buona.
34. Dopo camminato, si sente cascare a pezzi.
35. Non può camminare molto.

Questi sono estratti dalle notizie riguardanti casi osservati in tre anni di pratica privata, e non includono tutti i casi di antiflessione in cui si manifestò il suddetto sintoma. Nei casi soprariferiti, il dolore era un sintoma tanto rilevante che l'inferma, per lo più, ne parlava spontaneamente quando le si domandava « che cosa soffriva ».

La dischinesia uterina, senza dubbio, è il sintoma principale in un gran numero di casi di antiflessione e antiversione.

Certe posizioni del corpo, anche quando esso è in uno stato di riposo, dànno origine a gran dolore ed irritazione in molti casi di antiflessione. Così, lo stare a sedere, molte volte provoca gran disagio, massime quando si sta curvati in avanti, come nell'atto di scrivere, nello star seduti sovra una sedia bassa. L'andare in vettura, nella posizione ordinaria, spesso produce estrema molestia; lo star sedute e il ricevere contemporaneamente scosse, per il movimento della vettura, producono spesso effetti molto molesti. Qualunque cosa che mette in giuoco i muscoli addominali può provocare gran dolore, pur quando l'inferma sta, sotto ogni altro aspetto, in riposo; anche l'elevare le braccia per pettinare i capelli in taluni casi produce grande dolore.

Il dolore *spontaneo* si osserva molto frequentemente; esso, per lo più, è alla regione sacrale; ma, molto spesso, si sente anche agli inguini. In pochi casi, è molto forte e costante; ma, ordinariamente, quando l'inferma sta in riposo, vi è poco dolore spontaneo.

Sensibilità dell'utero al tatto. — In alcuni casi, questo è un sin-

toma che si presenta in un grado avanzato. Infatti, l'utero antiflesso talvolta è così sensibile al tatto che s' incontra una difficoltà massima nel fare una semplice esplorazione. Non è, però, una cosa tanto comune il trovare un' estrema sensibilità nell'antiflessione come trovasi nella retroflessione. Quando vi è questo sintoma, si manifesta alla bocca dell'utero. Talvolta, non è tanto alla bocca quanto nell' interno del canale. La bocca interna dell'utero è, non di raro, la sede di una sensibilità grandissima, giacchè l' inferma grida quando l'estremità della sonda raggiunge il suddetto punto. Ordinariamente, vi è una congestione acuta dell' utero nei casi in cui vi ha sensibilità generale, e, quando il canale uterino è così sensibile, la flessione è acuta e, per lo più, è di lunga durata. In tali casi, si è stabilita una nevrosi in un dato punto che comunemente si può determinare, giacchè le altre parti dell'utero relativamente sono insensibili.

In pochi casi, troviamo congestione cronica ed ingrossamento una all'antiflessione e ad uno stato di massima sensibilità, la quale dura finchè dura la flessione e la congestione, ma cessa, per un certo tempo, sotto la cura. Di quando in quando, si ripresenta se non si prendono le misure che impediscono la discesa del fondo in avanti. Quando il dolore o la sensibilità al tatto si sentono precisamente sull' inguine di un lato, sorge, naturalmente, l' idea che dipenda da uno stato subinfiammativo nel suddetto sito, e spesso, si è ritenuto che dipenda da ovarite. Io ho visto molti casi simili in cui, con un'attenta esplorazione, non si potette scovrire nessuna sensibilità o stato anormale dell' ovaja, ma in cui si trovò l'utero antiflesso, costituendo così una causa di dolore.

Le inferme con antiflessione o antiversione, non incluse nella precedente serie, provano varie sensazioni anormali. È comune una sensazione di peso all' ipogastrio, segnatamente in quelle che hanno avuto figli; non è rara una sensazione di abbattimento. Talvolta si descrive una sensazione di movimento o di rotolamento interno. È molto comune una sensazione di nausea; questo sintoma generalmente è provocato dagli sforzi o dallo stare a sedere in una posizione forzata o tenendo il tronco rigidamente dritto, e più tardi ne faremo speciale menzione.

È un sintoma molto comune la *dismenorrea*. Si presenta di tutti i gradi. Infatti, è molto raro trovare un caso di flessione accentuata in cui la mestruazione sia normale e non accompagnata da dolore. Prendendo in massa i casi di dismenorrea, si trova che la loro causa più comune è l' antiflessione o l' antiversione dell' utero. Il canale uterino è ristretto per la flessione; lo sbocco delle secrezioni uterine è impiccolito, e perciò sorge il dolore. Nel capitolo speciale sulla *dismenorrea*, saranno necessarie altre considerazioni su questo argomento.

La *menorragia* non è rara nei casi di antiflessione. Questo sintoma si osserva talvolta, ad un grado avanzato, nelle donne giovanissime durante i primi due o tre anni successivi alla manifestazione della mestruazione. Io ho veduto casi di quest'ultimo genere in cui la perdita fu quasi continua per un mese, ed in cui lo stato antiflesso dell'utero ne fu la causa. È vero che tali casi estremi non sono frequenti. Più tardi, la menorragia è più comune, quando la flessione uterina vi è già da qualche tempo e l'utero si è ingrossato, la sua cavità è molto distesa ed il fondo forma una saccoccia pendente in avanti in uno stato di antiflessione acuta. (Veggasi la figura 85). Il sangue si raccoglie nel suo interno e, di quando in quando, spiccia a grossi zampilli.

La *leucorrea* è molto frequente. Lo scolo può dipendere dalla congestione e irritazione della bocca e del canale cervicale, ma, non raramente, è una leucorrea intra-uterina, dovuta alla ritenzione nell'interno dell'utero delle sostanze segregate, ad un'irritazione e vascolarità della parte interna dell'organo (la così detta « endometrite »), che si accompagna ad ostruzione e flessione cervicale e da esse deriva. La leucorrea, in quest'ultimo caso, si osserva spesso in forma di zampilli di liquido sanioso; può anche avere un odore disgustante. Io ne ho visto un caso in un'inferma nubile la quale per qualche tempo era stata soggetta a leucorrea di cattivo odore, dipendente da flessione dell'utero, e che cessò completamente quando fu curata la flessione. I casi lunghi ed ostinati di leucorrea, non di raro, si devono attribuire alla presenza di un'antiflessione non sospettata.



Fig. 85.

Amenorrea. — Talvolta si osserva questo sintoma, poichè il processo mestruale è stato del tutto e prematuramente arrestato dall'antiflessione. In altri casi, è molto scarsa e leggera rispetto alla quantità dello scolo.

Sterilità. — L'antiflessione è una delle cause più comuni della sterilità. Generalmente, la fecondazione è impedita in tali casi dalla strettezza o tortuosità del canale uterino o dal freno che la distorsione dell'utero impone alla sua azione fisiologica nell'epoca del coito. Un'altra causa è l'alte-

rata natura delle sensazioni uterine, come quando avviene ritenzione nella cavità dell'utero leucorroico.

La sterilità è primaria in molti casi, in altri è secondaria; cioè, l'inferma, avendo avuto uno o più figli, è colta da grave antiflessione e dopo, o finchè l'antiflessione non è tolta, rimane sterile. (A pag. 169, si trovano statistiche relative a questo argomento).

Aborti. — L'antiflessione è la causa del maggior numero di aborti che hanno luogo. Molti di essi avvengono nel seguente modo: l'inferma ha una leggera antiflessione; diviene incinta; l'utero, a causa della flessione, non si dilata debitamente e segue l'aborto. Ovvero, l'utero è debole, ed un accidente o caduta produce un'antiversione dell'utero gravido seguita da un aborto (le statistiche relative degli aborti causati dalle flessioni si trovano a pag. 169).

Dispareunia. — Il dolore durante il coito è un sintoma che talvolta è molto grave. Senza dubbio, l'abuso del coito cagiona un maltrattamento fisico, e l'utero, in alcuni casi, realmente si sposta. Ma la dispareunia può esservi anche quando non si è ecceduto nei piaceri sessuali.

Sintomi nervosi riflessi.—Per evitare un'inutile ripetizione, parleremo di questi sintomi in un capitolo a parte. I sintomi nervosi riflessi sono frequentissimi nei casi di antiflessione o antiversione, massime la nausea; ma, siccome essi non appartengono soltanto a questa speciale varietà di flessione uterina, sarà meglio discorrerne sotto un aspetto più generale. (Veggansi i capitoli sulla *Concomitanza della gravidanza colle flessioni* e sul *Vomito delle gravide*).

Sintomi relativi alla vescica. — Nei casi di antiflessione o antiversione, è un sintoma molto comune la frequenza di urinare. Talvolta è il sintoma principale. In pochi casi, produce tali inconvenienti e molestie che l'inferma non pensa ad altro. Ogni ora, o anche meno, può esservi il bisogno di evacuare la vescica, bisogno che, per lo più si manifesta durante il giorno; la qual cosa dimostra che, quando l'inferma sta in posizione orizzontale, questo bisogno non sorge. Nei casi gravi, impedisce che la donna si dia alle sue ordinarie occupazioni ed è origine di grande disturbo. Generalmente, nei periodi mestruali questo stato di cose peggiora, ma io ho visto donne che presentavano un miglioramento durante i suddetti periodi. I sintomi, per la maggior parte, dipendono dalla pressione del corpo dell'utero sulla vescica e dall'ostacolo ch'esso oppone alla sua debita dilatazione. In alcuni casi, però, è evidente che vi ha cistite. Quando l'antiflessione vi è stata per qualche tempo, la vescica o tollera di più la pressione o si dilata in una nuova direzione e l'irritabilità può cessare.

Il dolore dopo urinato notasi in alcuni casi rari di antiflessione. Io ho osservato un caso singolare in cui una giovane signora per

tre anni avea presentato questo sintoma che le era causa di continua molestia. Esso dipendeva dal contatto dei lati opposti della vescica per una grave antiflessione e cessò non appena fu tolta questa ultima.

Sintomi relativi al retto.—In molti casi di antiflessione o di antiversione si osserva una costipazione ostinatissima, sembra che sia un effetto meccanico dell'alterata posizione dell'utero. In alcuni casi gli sforzi energici di defecazione restano senza effetto; siccome l'utero è spinto in basso sul pavimento della pelvi il retto è in realtà chiuso. Sulle prime forse non è facile dire perchè ciò avvenga in alcuni casi ad un grado così notevole e in altri manca del tutto. La spiegazione può essere la seguente: quando avviene la chiusura il collo dell'utero è spinto in giù verso il centro del retto mentre altre volte si scosta da questo centro. Io ho visto casi nei quali è stata indarno sperimentata ogni specie di medicina e nei quali rimettendo l'utero al suo posto la costipazione cessò.

Ho osservato una donna, della quale ho già parlato, il cui collo uterino era realmente spinto nel retto dagli sforzi espulsivi , divaricandolo e protuberando nell'apertura rettale; sbarrava col fatto la via. Soltanto nella suddetta donna ho notato questo fatto.

DIAGNOSI.

Quanto alla diagnosi ho già detto molto nel parlare della definizione dell'antiflessione e dell'antiversione (veggasi pag. 225).

Nella maggior parte dei casi la diagnosi si fa agevolmente, situando convenientemente l'inferma ed introducendo il dito nel modo descritto in un capitolo precedente (veggasi pag. 26).

L'*esplorazione digitale* ci apprende le cose più importanti e se non è fatta completamente non acquistiamo nessuna soddisfacente conoscenza del caso.

La volta della vagina si deve esplorare con attenzione e bisogna determinare la posizione del corpo dell'utero, la sua grandezza, ampiezza, distanza dalle ossa pubiche e l'elevazione di tutto l'organo nella pelvi.

Se si può spingere il dito in alto in questa posizione senza incontrare la resistenza del corpo dell'utero, in generale si può ritenere che l'utero non è antiflesso o antiverso. Questa regola ha le sue eccezioni, come abbiamo indicato a pag. 226. Il riconoscere il corpo dell'utero col tatto è una quistione di abilità che richiede pratica per essere risoluta con esattezza. La massima difficoltà si troverà in quei casi in cui la volta della vagina è in uno stato d'indurimento ed è resistente, che può denotare o un antiversione ed antiflessione con un certo grado d'indurimento essudativo, o questo ultimo soltanto. Un'altra causa di difficoltà è il rinculare o la rota-

zione in dietro del fondo, che talvolta ha luogo per la semplice pressione del dito esploratore. Il tumore o la massa resistente sentita attraverso la volta della vagina in generale si scovre che è il corpo dell'utero dall'essere in continuazione col collo, dalla sua forma, volume, ecc. Il corpo uterino spesso sta un poco di lato alla linea mediana, e non proprio su questa. In alcuni casi la deviazione laterale è anche più accentuata, come che non sia al grado di una lateriflessione. Questi casi si curano con molta difficoltà se questa tendenza a portarsi di lato non è debitamente riconosciuta e combattuta.

Quando la flessione è in alto e l'utero non è molto rotato in avanti, la ordinaria esplorazione digitale può essere insufficiente a scovrirla. Questi però sono casi eccezionalissimi. Quando l'utero è molto molle e pieghevole, il dito esploratore, se non è bene esercitato, può non scovrirne la presenza attraverso la volta della vagina.

L'*esplorazione combinata* è molto utile nei casi difficili (veggasi pagina 29).

Non sempre si può fare un'esplorazione vaginale. Nelle donne giovani e nubili bisogna differirla quanto più è possibile o, in tutti i casi, non eseguirla alla leggiera. Spesso si possono acquistare cognizioni facendo l'esplorazione digitale per la via del retto e per renderla più agevole si potrebbe trar profitto di un anestesico. Circa la necessità di un'esplorazione locale è impossibile stabilire una regola generale. Quando da alcuni mesi vi è incapacità alle ordinarie occupazioni bisogna studiare seriamente il caso e fare in primo luogo un'esplorazione dal retto. Se così si scovrisse un notevole spostamento la via da seguire sarebbe tracciata; se non si scovre nulla tanto meglio per l'inferma.

La *sonda* è necessaria in molti casi per eliminare le difficoltà diagnostiche. Non si deve mai usare per la *prima:* deve sempre precederla un'esplorazione digitale, in caso opposto il corpo dell'utero può essere spinto da essa in un'altra posizione e l'osservatore può essere ingannato. Quando l'utero è anormalmente molle è probabilissimo che ciò avvenga ed io conosco casi nei quali non fu riconosciuta un'accentuata antiflessione perchè la sonda passò nell'utero senza grande difficoltà. Il fatto è che in alcuni casi la sonda raddrizza l'utero nell'atto in cui penetra nella sua cavità.

Sapendo che vi è un tumore anteriormente si sospetta l'antiflessione e si tiene la punta della sonda inclinata in avanti nell'introdurla. L'introduzione può essere difficilissima ed in generale è così quando l'utero è stato alterato per qualche tempo.

Io preferisco di adoperare la sonda quasi dritta (veggasi la forma della sonda a pag. 38). Nei casi di antiflessione il collo dell'utero generalmente sta piuttosto molto in dietro, spesso moltissimo, sicchè la prima difficoltà è di fare entrare la punta dello strumento nella

bocca dell'utero. Dopo che ne è penetrato circa mezzo pollice bisogna inclinare la punta in sopra ed in avanti e *contemporaneamente* trascinare tutto l'utero un po' verso la sinfisi per mezzo della sonda. Ordinariamente avviene che si agevola così il progredire della sonda lungo il canale cervicale; l'utero comincia realmente a raddrizzarsi. Allora deprimendo gradatamente il manico della sonda verso il retto può penetrare completamente. In queste manovre fa d'uopo procedere con lentezza e non forzare mai, si può ritenere che se s'incontra una difficoltà la punta della sonda non segue la debita direzione. Vi sono in realtà pochi casi nei quali il passaggio è tanto ristretto che l'entrata della sonda comune è impossibile. È quasi impossibile introdurre una sonda quasi retta in un utero che trovasi al terzo grado di antiflessione e rotazione in avanti, se non si seguono le sopra indicate regole. Quando la sonda è completamente nell'utero la posizione del fondo è indicata con certezza; ma, come già abbiamo detto, la flessione può essere scomparsa per il semplice atto dell'introduzione della sonda. Questa è molto utile per diagnosticare la mancanza di tumori nella parete anteriore. Talvolta le apparenze ingannano molto; l'uso della sonda non di raro rivela che quello che si era supposto tumore in realtà è l'antiflessione di terzo grado.

La sonda ordinaria non si può introdurre sempre; talvolta è necessario adoperarne una più piccola.

Nei casi di antiflessione con rotazione *posteriore* il passaggio della sonda dà origine a confusione sulle prime, giacchè sembra che vada in dietro fino a che non penetra un pollice e mezzo e ciò può far credere che vi sia retroflessione, ma poi girando bruscamente la punta in sopra ed in avanti si manifesta la vera natura del caso.

Lo stato della bocca dell'utero molte volte ne dà qualche cognizione. Nelle multipare la bocca è un poco aperta o molto ed il labbro anteriore spesso è molto gonfio e arrovesciato (l'opposto di ciò che avviene nella retroflessione) e la forma della bocca è semilunare, colla concavità in sopra.

La posizione del collo varia secondo la natura della flessione. Il collo generalmente sta molto in dietro, può essere tanto in dietro che il dito lo raggiunge con grande difficoltà. Ma nei casi di antiflessione con rotazione posteriore la bocca può mostrarsi al suo posto naturale. In questo ultimo caso può guardare in alto invece che in basso. Il semplice fatto che il collo sta molto in dietro è esso solo, quasi sufficiente a diagnosticare la presenza della antiversione.

In alcuni casi da me osservati evidentemente vi fu errore d'interpretazione da parte del medico circa il significato di una posizione troppo posteriore del collo. Io potrei ricordare casi di questo genere ehe sono stati classificati fra quelli di retroversione semplicemente perchè non si è badato alla vera nomenclatura della malattia.

CAPITOLO XXIII.

ANTIFLESSIONE ED ANTIVERSIONE DELL'UTERO.

(Continuazione)

Cura – Diversità importante dei casi circa la causa dell'alterazione — Età e durata della malattia – Importanza della cura generale — Illustrazioni del metodo di cura necessario in un caso recente — Grande importanza della cura colla posizione: come bisogna farla – Bisogna evitare la posizione seduta – Casi più gravi — Combinazione della cura locale e generale — Uso del pessario a sella e della sonda — Caso in cui l'utero è molto rigido e l'alterazione ha una certa durata—Altri casi illustrativi della cura dell'antiflessione dopo la gravidanza.

Incisioni del collo – Primitiva idea erronea sul restringimento del canale cervicale — Utilità dell'operazione nei casi di flessione — Necessità delle candelette o delle aste intrauterine consecutivamente – Cura coll'asta intrauterina — Conclusioni generali—Difficoltà di una cura radicale nei casi di lunga durata.

Molti casi di antiversione e di antiflessione possono guarire colla sola cura generale, cioè con un'applicazione scientifica della conoscenza delle leggi dell'igiene e di quelle che regolano il movimento dell'utero e senza la necessità di manovre locali sull'utero. Ma quando la malattia già dura da lungo tempo e quando l'utero si è consolidato ed indurito nella sua forma distorta, nulla è più difficile che ottenere una perfetta guarigione e fanno d'uopo tutti i mezzi della abilità meccanica per avere un risultato completamente sodisfacente.

La cura generale delle flessioni (per la maggior parte già completamente indicata a pag. 172) è applicabile nei casi di antiflessione e di antiversione, cioè la dieta, le regole di benessere generale, la libera funzione dell' intestino, ecc. reclamano grande accortezza ed attenzione.

Molti casi di antiflessione ed antiversione possono essere curati bene coi mezzi generali. In primo luogo, però, importa fare una distinzione fra *a*) i casi nei quali i sintomi si sono presentati repentinamente e chiaramente, come effetto di qualche accidente, offesa, sforzo, caduta ecc., e *b*) i casi in cui l'alterazione si è mo-

strata gradatamente, e senza dubbio vi è debolezza generale (cattiva nutrizione), con insolita mobilità, mollezza e leggiera flessione dipendente anche da uno sforzo ordinario. Queste due categorie di casi reclamano una cura diversa, giacchè un utero spostato gravemente ed in modo repentino merita una cura chirurgica tanto quanto un'arto fratturato. La sola cura generale per regola è applicabile nei casi della classe *b*, ma sarebbe del tutto inopportuna in quelli della classe *a*.

L'età dell'inferma modifica la cura; sotto ai 18 o 19 anni la cura generale si preferirà alla locale e per motivi molto positivi, uno dei quali è tanto ovvio che è inutile menzionarlo. Un altro è che a questa età una leggiera tendenza alla distorsione dell'utero si può correggere colla sola cura generale: la malattia non ha avuto tempo, almeno nella maggior parte dei casi, di prendere salde radici. Bisogna, però, tener conto della sua durata, giacchè se risulta evidente che dura da due o tre anni e che l'incapacità ad occuparsi è notevole, la cura locale è necessaria.

Molti casi di quelli che si presentano a 17 o 18 anni fan vedere sintomi i quali chiaramente indicano leggieri gradi di antiflessione e in cui non hanno durato più di pochi mesi.

In generale credo che la *durata* della malattia sia una buona guida per determinare se è necessaria una cura locale o una generale. Quando la durata oltrepassa uno o due anni la cura generale per se stessa è poco utile, quantunque molto necessaria come mezzo ausiliario. A questa regola vi è un'eccezione, giacchè se l'utero resta molle per tutto il tempo della malattia è relativamente facile fare ad esso riprendere una forma più naturale.

Nella maggior parte dei casi fa d'uopo contemporaneamente applicare la cura locale e la generale. Sovra tutto è necessaria quella che io chiamo cura meccanica, per la quale si intende non l'uso indispensabile di apparecchi meccanici e di strumenti di qualsiasi genere, ma l'impiego della forza di gravità. Questa cura implica anche l'applicazione delle conclusioni espresse a pag. 71 circa al modo con cui le flessioni producono congestione dell'utero e della nozione che questa ultima è in massima parte una conseguenza naturale della presenza della flessione, e si può « meccanicamente » far cessare elevando il fondo dall'utero, elevazione che ha luogo per mezzo delle azione della gravità o di qualche altra forza che agisce meccanicamente.

Il Dr. Emmet riporta alcune osservazioni nella sua eccellente opera che mostrano la grande importanza che egli annette a questo principio di cura. Parlando della cura degli spostamenti uterini egli dice: « Il nostro primo scopo deve essere di dare tono ai vasi pelvici e mettere l'utero in una posizione nella quale la circolazione incontri la minore difficoltà » (*op. cit.* p. 144).

Ora passo a spiegare l'applicazione della cura generale, o di questa e della locale contemporaneamente, ai casi speciali.

Una signora a 18 anni ha leggiera antiflessione. La durata del suo male è di un anno soltanto. In un caso come questo una cura conveniente consisterebbe nel ristabilire l'attività nutritiva per mezzo di una buona alimentazione e nel badare al benessere generale; oltre a ciò nell'insistere sulla posizione sdraiata durante la maggior parte del giorno; l'inferma preferirà una sedia con dorso molto declive, o un sofà; non passeggerà che per brevi distanze ciascuna volta; eviterà ogni sforzo, di curvarsi, di sollevare o trascinar pesi, ecc., farà uso di aria rinnovata quanto più è possibile, di bagni, frizioni, ecc.

Uno dei principali punti della suddetta cura è la posizione. La posizione sdraiata è infatti importantissima e dopo di aver visto molti dei cattivi risultati di una malintesa cura col moto in casi simili ai sopraindicati, non esito ad asserire che la credo essenziale al progresso della guarigione. La migliore posizione è quella sdraiata sul dorso. Qualche volta si può modificare mettendo un guanciale sotto la regione spinale inferiore per elevare un poco la pelvi; nel corso del giorno si userà parecchie volte la posizione sulle ginocchia e sui gomiti per coadiuvare gli effetti della cura. Generalmente sono necessarie alcune settimane della suddetta cura per ottenere un notevole risultato. Il cambiamento d'aria, di ambiente, sono mezzi coadiuvanti, ma è un grande errore il credere che essi soli facciano guarire l'inferma se le si permette molto moto.

Nei casi di antiversione ed antiflessione ho sempre trovato molto inopportuna la posizione seduta, cioè quella ordinaria in una sedia a spalliera dritta e per lungo tempo ho ottenuto grandi vantaggi consigliando in simili casi di evitarla quanto più era possibile. Giusta la mia esperienza è infinitamente più dannoso all'inferma lo stare seduta a tavola per un ora che il fare una passeggiata della stessa durata. Il sedere in tal modo col fatto non è un riposo per l'inferma e la flessione perciò si aggrava. Una sedia con scheletro di ferro e spalliera mobile da poterla situare ad un angolo di 45°, sicchè, standovi a sedere, la colonna vertebrale è molto inclinata in dietro, è ottima per le inferme che hanno bisogno di conveniente riposo e si può cambiare in un sofà quando si vuole [1]. Il movimento che si può permettere dipende dalle circostanze. Nei casi sopradetti venti minuti due volte al giorno dovrebbero essere sufficienti.

La posizione sulle ginocchia e sui gomiti coadiuva molto la cura di tali casi. Si può mantenere per cinque minuti ogni volta, cinque o sei volte al giorno.

---

[1] Williams, 41 New Bond Street, vende una sedia che mirabilmente raggiunge questo scopo.

Ora parliamo di un caso più grave. L'inferma ha 22 o 23 anni ed è stata sofferente per tre o quattro anni. L'antiflessione dell'utero è di secondo o terzo grado; vi è grande debolezza; l'utero è molle



Fig. 86 [1].

al tatto, la sonda lo fa agevolmente tornare al suo posto, ma nel ritirarla ripiglia la sua posizione distorta.

In questo caso sarà difficilissima la guarigione se non si ricorre a qualche cura meccanica interna. La posizione sdraiata, che abbiamo descritto sopra, è necessaria, ma più specialmente nelle prime poche settimane. La riposizione dell'utero colla sonda si deve fare ogni tre o quattro giorni.

Dopo dieci o quattordici giorni si applica un pessario a sella, che, ove si adatti bene e funzioni regolarmente, si può portare per alcune settimane. Più in là daremo le norme particolari relative alla scelta del pessario. Si continuerà ad usare la sonda coll'intervallo di una settimana o presso a poco per meglio raddrizzare il canale uterino. A questo scopo s' introduce la sonda quasi diritta (veggasi

[1] La fig. 86 rappresenta il pessario a sella in sito. Il caso che presenta era di utero multiparo in uno stato di grave congestione, antiflesso al secondo grado, con molta rotazione anteriore. Il pessario è di piccole dimensioni.

sul metodo d'introduzione p. 38). Poi si girerà dolcemente in modo da raddrizzare l'utero e si ritirerà dopo quattro o cinque minuti. L'applicazione della sonda mentre vi è il pessario può essere dif-

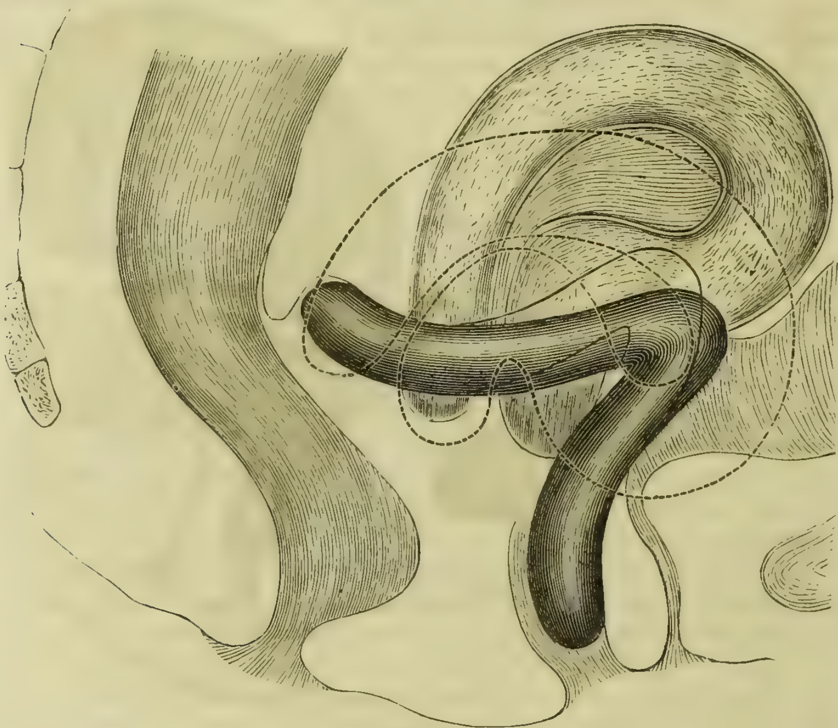


Fig. 87 [1].

ficile se non si toglie questo ultimo ed in alcuni casi è meglio fare a meno della sonda per alcune settimane. Ma il pessario si deve portare continuamente nella maggior parte dei casi, o, se si toglie per uno o due giorni, l'inferma non deve abbandonare la posizione orizzontale, altrimenti si può perdere ciò che si è guadagnato, giacchè l'azione di un buon pessario è simile a quella di una stecca che mantiene un raddrizzamento continuo ed impedisce che il fondo si porti in una direzione irregolare.

Dopo un periodo di un mese o sei settimane l'inferma può forse muoversi un poco per la camera, ma non stare in piedi e dopo due mesi si può permettere che vada fuori casa. Il moto in vettura, ben-

[1] La fig. 87 rappresenta un pessario a sella di grandi dimensioni applicato in un caso di antiflessione e di antiversione in un'inferma la quale aveva avuto figli; l'utero è grosso e congesto.

chè buono in un senso, è molto nocivo in un altro, giacchè se non si sta sdraiati le scosse della vettura producono grande molestia alla inferma; è molto meglio fare una breve passeggiata.

La cura consecutiva consisterà nell'uso del pessario, che si cambia di quando in quando, ove sia necessario, con uno più adatto alla forma alterata dell'utero, o si adopererà qualche volta la sonda ed è probabile che in un caso simile a quello descritto sarà necessario continuare l'uso del pessario ed evitare la posizione in piedi forse per un anno. Ma dopo i primi due o tre mesi, o anche prima, l'inferma può aver migliorato tanto da non essere materialmente incapace di occuparsi delle sue faccende.

Nei casi in cui l'utero è molto molle, ma diversi da quello sopra rappresentato, l'uso della sonda è meno necessario. Maggiore attenzione bisogna dirigere alla nutrizione ed un anno probabilmente non sarà sufficiente a procurare una completa guarigione; non perchè sia tanto difficile tener l'utero in sito e colla sua forma normale quanto il dare ad esso la forza necessaria a conservare il suo posto e la sua figura senza mezzi coadiuvanti.

Parliamo di un caso anche più avanzato. L'inferma ha 27 anni; vi è un'antiflessione di terzo grado, rotazione anteriore di terzo grado, utero molto disceso nella pelvi, la sua bocca tocca quasi il coccige, lo spazio dietro la sinfisi è riempito dall'organo ingrossato, che è duro al tatto, l'introduzione della sonda è difficile, il raddrizzamento dell'utero è difficile e doloroso, la malattia dura da sei o sette anni.

In un tal caso l'elevazione dell'utero può essere difficile, anche il raddrizzamento, perchè l'organo è fissato ed ipertrofico. La migliore condotta da seguire allora sarebbe di tenere l'inferma coricata sul dorso per due o tre settimane, facendo ogni giorno larghe iniezioni d'acqua calda e spiegando una pressione sul fondo col dito di quando in quando, e coadiuvando qualche volta l'elevazione dell'utero colla posizione sulle ginocchia ed i gomiti. Dopo pochi giorni la cura colla sonda si potrebbe cominciare ed applicar subito un pessario a sella. Ma in tali circostanze vi è maggior pericolo di provocare irritazione coll'uso combinato della sonda e del pessario e la cura deve essere corrispondentemente modificata. Oltre a ciò non possiamo sperare rapidi progressi nella prima parte della cura giacchè ci fanno guerra la durezza e la fissazione dell'utero. Col riposo, l'acqua calda e la pressione leggiera e continua da sotto in sopra si guadagna molto e dopo poche settimane è possibile un più rapido miglioramento. Il dilatatore di acciaio descritto a pag. 179 (fig. 48) è un eccellente aiuto in tali casi poichè l'utero può essere raddrizzato e allo stesso tempo dolcemente dilatato ed i due processi di raddrizzamento e dilatazione graduale si coadiuvano scambievolmente.

[Il Malachia de Cristoforis ha fatto costruire uno strumento speciale, da lui chiamato *deflessore* dell'utero, di cui credo bene tener parola qui a proposito della cura dell'antiflessione col raddrizzamento metodico dell'utero di cui parla Graily Hewitt.

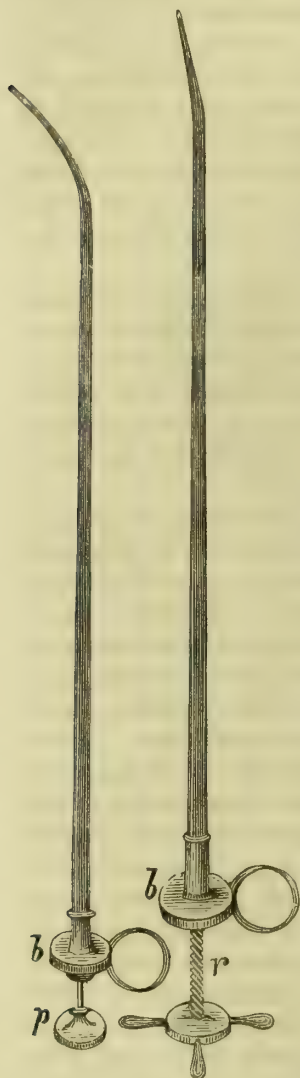


Fig. I.[1] Fig. II.

Lo strumento del de Cristoforis può servire a raddrizzare tanto l'utero antiflesso, quanto il retroflesso. Eccone la descrizione: si compone di una siringa di tessuto elastico (fig. I.) adattata sovra una base metallica *b* la quale è perforata da un passo di vite femmina. In questa siringa si fa entrare uno stiletto di metallo pieghevole *p* alla cui estremità si dà una curva proporzionata al grado di flessione dell'utero. Preparato in tal modo il *deflessore* s'introduce nell'utero fino a che raggiunge il suo fondo; allora si ritira lo stiletto *p* e se ne introduce un altro *r* (fig. II.), che è di acciaio e retto, non pieghevole, ha una base armata di quattro manubrii e porta un passo di vite maschia. Questo s'ingrana nella vite femmina che sta alla base della siringa elastica e si comunica al pezzo *r* un movimento spirale per la cui azione a poco a poco lo stiletto di acciaio entra tutto nella siringa elastica e siccome esso è retto e rigido raddrizza, penetrando, la siringa elastica e l'utero. L'azione di questo strumento è dolcissima, non produce molestia all'inferma e corregge la flessione senza invertere l'utero. Per questi vantaggi si può applicare ripetute volte senza pericolo d'irritare l'utero ed è preferibile alla sonda comune. Esso si adopera tanto per raddrizzare l'utero e così prepararlo all'applicazione di un pessario ad asta intrauterina, quanto come mezzo curativo, meccanico, diretto della flessione. Le figure I e II le abbiamo tolte dall'opera del de Cristoforis (*Le malattie della donna*, Milano, 1881). Senza dubbio, per quanto dolcemente si manovri, la sonda maltratta un poco l'utero nel raddrizzarlo e quasi sempre l'irrita, perciò il *deflessore* sopra descritto mi sembra preferibile].

I casi ora menzionati li abbiamo solamente abbozzati allo scopo di esporre il metodo generale di cura che ho trovato più utile ed efficace la maggior parte delle volte; ne occuperemo a parte delle particolarità relative alla cura delle varie complicazioni che frequentemente si

[1] Le figure da me aggiunte saranno indicate da numeri romani. — SCAMBELLURI.

presentano, s'intende che appena si danno due casi identici e ciascuno richiede una cura speciale ; le linee sopra tracciate rappresentano perciò i principii generali di cura che secondo me sono applicabili in moltissimi casi. Essi, con leggiere differenze, si possono applicare ad altri casi non inclusi nelle suddette categorie.

Supponiamo per esempio un'inferma la quale soffra di antiflessione da un anno, cioè da quando nacque un figlio ; per essa un pessario vaginale portato pochi mesi, e l'evitare la posizione seduta per un mese o presso a poco, probabilmente basteranno a procurare la guarigione.

Similmente supponiamo un' antiflessione cominciata da tre anni, dopo la nascita di un figlio. In questo caso il pessario forse non basterà, sarà necessaria la sonda ed un riposo prolungato può essere indispensabile ad ottenere il necessario cangiamento nella forma dell'utero. Allora, secondo ogni probabilità, vi è considerevole ipertrofia di tutto l'utero di cui bisogna preoccuparsi. Se non si mantiene a lungo la posizione orizzontale, non si fa nessun progresso, poichè l' inferma non sopporterebbe la pressione del pessario. Vi possono essere anche altre complicazioni che richieggono le nostre cure. (Veggasi il seguente capitolo per altre osservazioni sull' applicazione dei pessarii).

Casi di antiflessione con rotazione posteriore. — In questi casi s' incontra grande difficoltà nella cura. Quando i tessuti uterini sono molli un buon pessario a sella in alcuni casi corrisponde bene all' indicazione. Un pessario ad asta può essere conveniente quando quello a sella non adempie al suo ufficio. Quando l' utero si è indurito ed è decorso molto tempo, una dilatazione continua , insieme all'uso del pessario a sella, secondo la mia esperienza, è la miglior cura, ma può essere necessario l'uso successivo di un pessario ad asta.

Può essere cosa opportuna tenere ora parola di quei casi in cui sono necessarie attenzione e vigilanza nell'attuare la cura della sonda o del dilatatore, vuoi soli, vuoi insieme ai pessarii vaginali. Quando la flessione è di molto lunga durata (cioè più di sette anni) e l'utero è duro e rigido e l' inferma ha oltrepassato i 35 anni, vi è il pericolo di provocare irritazione coll'adoperare ripetutamente la sonda o il dilatatore metallico, massime se al tempo stesso è applicato un pessario vaginale. Infatti, io ho visto casi di questo genere nei quali anche la sola sonda non si poteva applicare senza pericolo di suscitare una cellulite pelvica. Queste considerazioni rendono necessarie la vigilanza e la prudenza nell'applicare i principii sopra esposti ai casi di flessione di lunga durata con utero duro.

Innanzi ai suddetti fatti si può domandare se non è preferibile l'adoperare qualche altro metodo di cura invece dei suddescritti

quando vi ha flessione inveterata, cioè o l'incisione, o la dilatazione per mezzo di tente e l'uso consecutivo di un'asta intrauterina, per superare le difficoltà che s'incontrano in questi casi eccezionali.

Vi sono due altri metodi di cura dell'antiflessione, che bisogna descrivere: 1) *L' incisione del canale cervicale e* 2) *l'uso dell'asta intrauterina.*

Secondo la mia esperienza ed il mio convincimento questi metodi di cura sono inferiori per l'effetto prodotto e per la possibilità di un'estesa applicazione ai più semplici sopra descritti. A questo proposito però, le opinioni sono diverse. Io, almeno in questi ultimi anni, non li ho usati molto.

Prima di dire altro su questi altri metodi di cura è bene indicare il posto che occupano queste operazioni rispetto alla patologia dell'utero.

L' incisione del canale cervicale ebbe per suo primo scopo di far cessare la dismenorrea o di guarire la sterilità. Ed allora non si capiva, almeno quanto adesso, che il supposto restringimento del collo dell' utero, che l' incisione doveva aprire, era nella maggior parte dei casi dipendente da flessione acuta dell'utero, e mentre che alcuni anni dietro la domanda avrebbe potuto essere: È buona tale operazione per guarire la dismenorrea? — ora più propriamente sarebbe questa: L'operazione può guarire la flessione acuta, che è causa della dismenorrea o della sterilità, o di ambedue?

Non è affatto cosa logica il concludere che la operazione sia realmente cattiva perchè era fondata sovra un falso principio ed è ben noto che in molti casi la operazione fu temporaneamente utile, mentre in pochi il suo effetto fu più permanente. Ma nel giudicare del suo valore credo che dobbiamo considerarla sotto un aspetto diverso da quello sotto cui in origine consideravasi.

Incisione del canale uterino come rimedio dell' antiflessione cronica dell'utero. — L'operazione consiste nell' incidere il canale uterino dall' interno, in generale sui due lati opposti; l'incisione si fa in modo da tagliare la parte del canale cervicale che corrisponde alla bocca interna dell'utero e sotto di essa, e prolungandola in giù fino alla bocca esterna in guisa che l'entrata dell'utero acquisti quasi la forma di un imbuto. La profondità dell' incisione è tale da permettere il libero passaggio di una grossa sonda nell'utero. Il canale cervicale e la bocca interna dell'utero si riempiono dopo di cotone o filaccia bagnati in un liquido antisettico o stittico come il percloruro di ferro. Per due o tre giorni si lascia il piumacciuolo e poi se ne introduce uno consistente, o un'asta per mantenere il grado di apertura procurato colla operazione.

Questa è l'operazione descritta per sommi capi, come che le particolarità siano alquanto diverse secondo i diversi operatori.

L'effetto permanente di questa operazione è relativo alla efficacia della cura successiva. Sembra che nella maggior parte dei casi l'utero ritorni al suo stato primitivo, o presso a poco vi torna, se la cura consecutiva si continua per moltissimo tempo. Riunitisi i margini dell' incisione, ritorna la flessione e dopo due o tre mesi l'effetto dell'operazione è cessato.

Almeno ciò può avvenire se la flessione è antica — di cinque o sette anni o più. Se perciò, una flessione antica è così curata o bisogna portare un pessario ad asta continuamente per molti mesi dopo, o introdurre di quando in quando una candeletta e tenere applicato al tempo stesso un pessario vaginale. A me sembra che nei casi ostinatissimi di antiflessione di lunga durata, con utero duro, l'incisione bene eseguita possa produrre un effetto migliore di quello che potrebbe ottenersi con qualunque altro mezzo. Ma secondo la mia esperienza, sono pochi i casi in cui questa cura è realmente necessaria.

Non si può negare che l'incisione sia scevra di pericoli e considerato che è un' operazione la quale di raro si potrebbe dichiarare assolutamente necessaria, certamente fa d'uopo ricordarsi della possibilità di un esito funesto quando si determina di eseguirla.

Altrove parleremo delle particolarità relative all'incisione.

Ora mi propongo di discorrere della *cura coll'asta intrauterina* per l'antiflessione.

Io ho avuto campo, nella mia pratica, di applicare un gran numero di volte quest' asta ed alcuni anni dietro l' usava frequentemente. Nella terza edizione di questa opera ho descritto un apparecchio destinato a questo scopo che d'allora in poi è stato diffusamente adottato, sia come lo descrissi originalmente, sia con alcune modificazioni. Ma in questi ultimi anni non ho applicato l'asta intrauterina in molti casi, avendo preferito la maggior parte delle volte i pessarii vaginali combinati all'uso della sonda o del dilatatore.

La cura coll' asta intrauterina è applicabile nei casi di antiflessione come mezzo per mantenere il canale *a)* pervio e *b)* diritto. Ciò che si guadagna è la certezza di avere raggiunto questi due scopi finchè si porta l'asta. Quando la flessione non è di lunga durata l'uso di una buona asta intrauterina per pochi mesi molto probabilmente produrrà una sodisfacente guarigione: ammesso che non susciti qualche attacco irritativo intercorrente, che la cura generale sia fatta con giudizio, si possono attuare quelle misure che sono dirette a nutrire e rafforzare il corpo. In tali casi, relativamente semplici, giusta la mia esperienza, si possono ottenere del pari benefici risultati senza correre il pericolo di suscitare irritazione, con altri mezzi più semplici.

Supponendo casi di tipo più grave, in cui la flessione è stata di durata più lunga, la cura coll'asta intrauterina presenta allora vantaggi che probabilmente faranno decidere molti ginecologi, almeno

qualche volta, ad adoperarla. Si è detto molto circa i pericoli dell'asta intrauterina ed alcuni sono giunti fino a dire che dovrebbe essere bandita dalla pratica. Senza dubbio al suo uso sono seguiti risultati funesti ed è difficile dire fino a qual punto sono stati prodotti dalla mancanza di attenzione o da una pericolosa tendenza inerente alla cura.

Un importante lavoro sull'argomento dell'uso delle aste intrauterine è stato pubblicato nell'*American Journal of Obstetrics* nel 1877 dal Dr. Ely van de Warker e seguì una discussione [1] che si può studiare con vantaggio.

Da questo lavoro si rileva che le opinioni sono molto diverse negli Stati Uniti circa l'opportunità delle aste intrauterine. Il Dr. de Warker dice che si possono applicare in quelle condizioni che servono di regola ad ogni attento chirurgo nell'adoperare qualunque altro mezzo meccanico ; che le controindicazioni sono una recente cellulite pelvica, la peritonite acuta o cronica, l'estrema iperestesia dell'utero, l'intolleranza della sua cavità; che l'asta intrauterina non si dovrebbe portare continuamente se la pressione è grande a causa della flessione, che l'asta dovrebbe essere tanto corta da non toccare il fondo , che la base dovrebbe stare nella vagina ed essere mobile, non alterabile e dovrebbe essere maneggiato lo strumento da un chirurgo esperto.

Ho dato questo riassunto del lavoro poichè mi sembra che risolva bene la questione. Presso di noi la cura coll'asta intrauterina è propugnata energicamente da alcuni abili ginecologi, come il Dr. Routh, il Dr. Granville Bantock, il Dr. Wynn Williams, il Dr. Thomas Savage di Birmingham ed altri.

Il Dr. Routh insiste sulla necessità di una cura preparatoria e del salasso, in alcuni casi sull'uso delle tente e in alcuni dell'isterotomo. Il Dr. Bantock raccomanda di usare da principio la sonda, la tenta o candelette, ma se la flessione è acuta incide il collo e dopo applica l'asta intrauterina. Il Dr. Playfair afferma che egli adopera l'asta intrauterina soltanto in casi eccezionali e quando si può esercitare una vigilanza continua. Il Dr. Wynn Williams ed il Dr. Thomas Savage dicono che essi hanno usato su vasta scala l'asta intrauterina senza che seguisse alcun cattivo effetto. Io posso asserire che avendola usata in molti casi di antiflessione non ho mai avuto un cattivo risultato.

Sono necessarie alcune altre osservazioni circa l'azione ed il valore della cura coll'asta intrauterina nei casi ostinati di antiflessione. Bisogna sempre assicurarsi che il fondo dell'utero sta al suo posto. A questo scopo l'asta deve avere una base vaginale su cui

---

[1] American Journal of Obstetrics, 10, p. 691.

poggia ed a cui è tanto fissa da mantenere l'asse longitudinale dell'utero al suo sito normale ed impedire la rotazione del fondo in avanti. Secondo me se non si assicura questo scopo la cura coll'asta intrauterina probabilmente fallirà.

Ecco un'altro principio da tenere a mente: siccome l'asta mantiene diritto il canale uterino in un modo continuo, la compressione dei tessuti del collo, che è la conseguenza di una prolungata flessione acuta, va a finire; l'atrofia può cessare. Sotto questo aspetto l'efficacia della cura colla sonda si può paragonare agli effetti della cura coll'asta nel modo seguente.

Lo scopo nostro è di modificare permanentemente la forma del canale cervicale, che nei casi antichi può atrofizzarsi notevolmente da un lato. Coll'uso ripetuto della sonda possiamo piegare il canale, in direzione opposta, ad un grado leggiero. La frequente applicazione della sonda (coadiuvata dal pessario vaginale) col tempo produce un considerevole effetto, poichè per mezzo della sonda possiamo ottenere più che un reale raddrizzamento del canale. Così retroflettendo leggermente e spesso l'utero col tempo facciamo cessare l'antiflessione. Questo senza dubbio è un vantaggio che ha la cura colla sonda e che manca a quella coll' asta intrauterina. D'altra parte questa ultima, dopo che è stata introdotta e sperimentata conveniente, si può portare per lungo tempo durante il quale l'utero è mantenuto sempre diritto e le ripetute manovre manuali non sono necessarie.

I casi che presentano la massima difficoltà quanto al raddrizzamento permanente sono quelli delle inferme sterili con collo uterino allungato in forma conica, ma molto piegato in sopra talchè la bocca guarda direttamente in alto. Alcuni ginecologi sostengono che questo sia uno stato congenito. La mia opinione però è diversa. D'altronde la guarigione di tali casi è senza dubbio difficile. Un modo spicciativo di curarli è quello ideato dal Dr. Marion Sims che consiste nel tagliare lungo la linea mediana del collo la sua parete posteriore ed aprire così il canale cervicale, realmente accorciandolo di un buon tratto. Questa pratica è raccomandata anche dal Dr. Emmet (veggasi come egli ha modificato la sua operazione nella fig. 88) ed è stata eseguita da altri, ma da quanto si è potuto conoscere l'operazione non sempre è riuscita a guarire la sterilità, che è stata la causa principale per cui si è fatta. Il metodo preferibile di curare questi casi quando l'alterazione dura da alcuni anni, secondo me, sarebbe di asportare una porzione del collo, non tale da costituire una vera amputazione, e poi far la cura coll'asta intrauterina. Quando l'alterazione dura da molti anni la sola asta intrauterina non basterebbe a procurare una guarigione permanente. D'altra parte l'amputazione completa di tutta la porzione vaginale del collo l'accorcia molto.

Generalmente parlando circa la cura dei casi di antiflessione bisogna sapere che *quando la malattia ha esistito da alcuni anni* è necessaria una cura persistente per molto tempo per ottenere una guarigione completa. Se l'inferma diviene incinta questo fatto è molto favorevole, giacchè se non ha luogo un aborto (che deve essere prevenuto) l'utero dilatandosi ed ingrandendosi migliora. Ma cessata la gravidanza fa d'uopo guardarsi da una recidiva. D'altra parte, se non ha luogo gravidanza, è necessario l'uso di un pessario vaginale in alcuni casi per uno o due anni, o anche più, per mantenere l'effetto della cura. È impossibile guarire un caso inveterato in pochi mesi in modo da poter dispensare l'inferma dal portare qualche sostegno interno. Coll'andar del tempo, però, l'utero si può consolidare nella sua forma e posizione più normali; ciò d'altronde è per necessità l'opera del tempo e sarebbe irragionevole pretenderlo altrimenti.

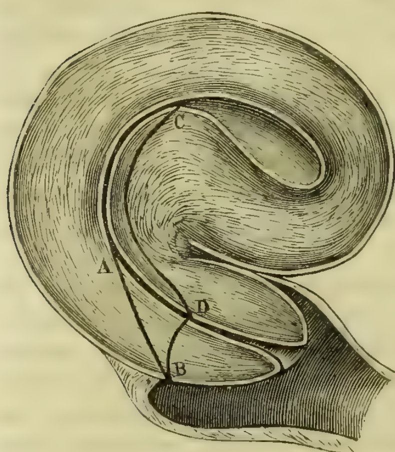


Fig. 88 [1].

In un certo numero di casi cronici di antiflessione di lunga durata non è bene cominciare una cura locale a causa della lunghezza del tempo richiesto o di altri motivi. Alcune volte è necessario contentarsi di sostenere l'utero un poco in modo da impedire che aumentasse la discesa o la flessione. Dopo una cura blanda di questo genere si possono attuare misure più energiche.

[1] Antiflessione acuta. Linee che mostrano le incisioni fatte nell'operazione di Emmet.

CAPITOLO XXIV.

ANTIFLESSIONE ED ANTIVERSIONE DELL'UTERO — (*continuazione*).

CURA — (*continuazione*).

PESSARII PER LA CURA DELL'ANTIFLESSIONE E DELL'ANTIVERSIONE. — Pessario a *sella* dell'Autore – Principio per cui agisce — Due varietà, *sella a panca* e *sella a gruccia* — Varie grandezze necessarie — Varie sostanze da cui si fanno — Modificazione somigliante al pessario di Gehrung—Introduzione ed allontanamento del pessario a sella — Precauzioni relative al suo uso — Pessarii del Dr. Gaillard Thomas — Altri pessarii: di Playfair, di Galabin, di Fancourt Barnes, di Galton — Pessario a palla e ad aria.

PESSARIO A SELLA.

Il *pessario a sella*, come oggi si chiama, fu da me presentato all'*Obstetrical Society* di Londra il 1° Maggio 1867 e trovasi la sua figura nel vol. IX delle *Obstetrical Transactions*. Lo strumento è stato da me usato per tre o quattro anni prima ed oggi, sotto una forma un pò modificata dall'originale, son più di quindici anni che lo adopero, nella cura dell'antiversione e dell'antiflessione.

Il principio per cui agisce il pessario a sella è il seguente: Esso poggia su due punti del pavimento della vagina — uno vicino all'entrata, ed uno in alto dietro il collo dell'utero — e con questa base di sostegno esercita una pressione in sopra ed un poco in avanti attraverso la volta della vagina, quasi a mezza via fra il collo dell'utero e la sinfisi pubica.

La figura del pessario a sella, guardato lateralmente, è quella di un triangolo senza base. I lati del triangolo sono ineguali e l'esperienza ha mostrato che in tutti i casi questo triangolo deve aver lati le cui lunghezze abbiano un certo rapporto definito fra di loro.

La linea III A è un poco più lunga della III D. Nello strumento che presentai la prima volta le lunghezze erano un poco diverse, ma io per lunga esperienza ho trovato che il suddetto rapporto fra i lati del triangolo è il corretto. Se si adopera uno strumento più piccolo tal proporzione fra le lunghezze dei lati deve essere mantenuta. Io ho trovato necessario l'esporre queste precise particolarità, poichè si vendono molti pessarii che non corrispondono nè alla forma

primitiva, nè a quella ora in uso e che perciò non sono stati trovati utili da molti che li hanno usati.

La maggior parte degli strumenti venduti col nome di pessarii a *sella* hanno il difetto di essere troppo lunghi alla base — la distanza da A a D, per esempio, (fig. 89) è eccessiva, per cui viene molto disteso il canale vaginale. La parte che poggia sul pavimento della vagina (A a D) non deve essere superiore a quella che si vede qui appresso per i più grandi pessarii. Nei più piccoli deve essere un poco minore. Un altro difetto negli strumenti che si vendono è la mancanza di sufficiente elevazione dell'apice del triangolo ed un altro è che si situa l'apice del triangolo appunto a metà strada sulla linea della base AD. Il triangolo più conveniente non è l'equilatero, ma le due linee A III, D III debbono essere d' ineguale lunghezza.

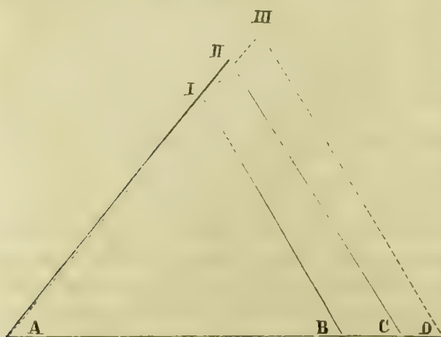


Fig. 89 [1].

Io ora adopero due forme di pessario che si vedono nelle fig. 90 e 91. La prima si può descrivere col nome di *pessario a panca* e

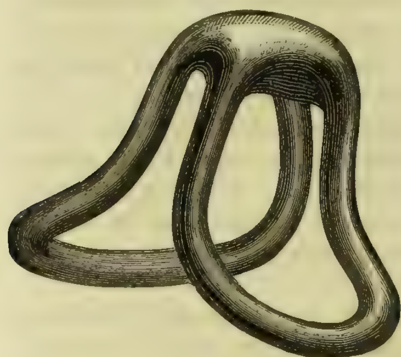


Fig. 90 [2].

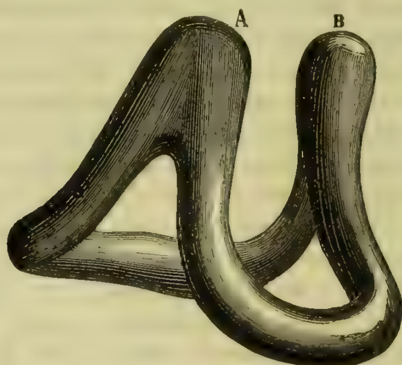


Fig. 91 [3].

la seconda di *pessario a grucce*, poichè queste denominazioni ne indicano la figura. Debbono essere di varie grandezze. Tre sono

[1] La fig. 89 presenta tre triangoli. Il maggiore indica le dimensioni dei più grandi pessarii; gli altri quelle dei più piccoli. La linea della base corrisponde al pavimento della vagina.

[2] La fig. 90 rappresenta il pessario a sella in forma di panca, della massima grandezza.

[3] La fig. 91 rappresenta il pessario a sella in forma di gruccia della massima grandezza.

quelle che generalmente si applicano. — Il N° 1, che è il più piccolo, il N° 2 che è il medio ed il N° 3 che è il più grande. Le figure seguenti rappresentano il N° 3.

L'azione del pessario a sella in parte è diretta, poichè spiega una pressione in sopra ed un pò in avanti sul fondo dell'utero e tende a restituirlo al suo posto. Oltre a ciò, occupando un certo spazio impedisce che in questo spazio si situi il fondo. Oltre a questa azione ha quella di leva — tiene il collo in avanti ed ha perciò una tendenza a produrre la rotazione posteriore di tutto l'utero.

La parte del pessario che fa la pressione è la *panca* o la *gruccia* secondo che si applica l'una forma o l'altra. Talvolta si adatta bene una varietà, talvolta l'altra.

Il pessario a gruccia scientificamente è il migliore poichè si oppone ai movimenti laterali del fondo. La forma attuale differisce un poco da quella presentata nella 3.ª edizione di questa opera per la posizione relativa dell'apice del triangolo. Questo ora sta un poco più in avanti e quando è applicato agisce in modo sodisfacente e perfetto.

Nel pessario a gruccia importa moltissimo che le superficie della gruccia, la quale sta innanzi all' utero, presentino una concavità su cui poggi il corpo dell'utero. Questa particolarità di costruzione non si può veder bene sovra la figura che mostra lo strumento di lato. Si può soltanto vedere guardando il pessario dall' alto. La fig. 92 farà comprendere meglio quanto abbiamo detto.

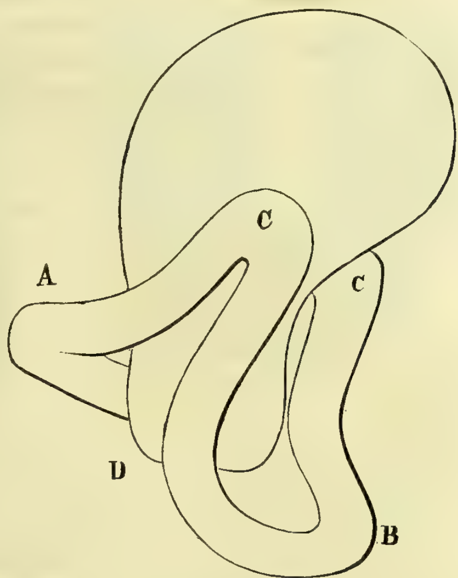


Fig. 92 [1].

Nella pratica si trova che lo spazio compreso fra le due grucce A e B talvolta deve essere maggiore di quello che presenta il tipico ed è molto necessario che la superficie delle grucce sia bene arrotondita altrimenti non è tollerata la pressione.

Quanto alle dimensioni necessarie per i diversi casi si osserva

---

[1] La fig. 92 mostra lo schema del pessario e dell'utero in scambievole rapporto. Questo disegno è diverso da uno dato nella 3ª edizione di questo libro; l'anello più grande, come quì si vede, deve stare dietro al collo. A è l'anello posteriore o maggiore del pessario, B è l'anteriore o più piccolo.

che le inferme le quali hanno avuto figli hanno bisogno del N_0 3, cioè la grandezza massima, mentre in altre è conveniente un pessario più piccolo. Ripetiamo che la grandezza di tutto lo strumento talvolta deve differire un poco da quella data come tipo. Nelle donne nubili è necessario un pessario a sella ristretto.



Fig. 93 [1].

Il pessario a sella si fa di varie sostanze; la migliore per amendue le forme è la vulcanite. I Sig. Coxeter di *Grafton Street* hanno stentato un poco a fare queste due specie di pessario a sella seconda le mie indicazioni ed ora ne hanno in quantità. Quello a gruccia si può costruire momentaneamente da un anello di fil di rame coverto di gomma elastica, la cui forma e grandezza si modifica facilmente. La vulcanite è preferibile per la nettezza, come che la sua durezza la renda inferiore alla morbida gomma elastica che covre il pessario di rame. Io ho usato pessarii a sella fatti da tutte queste sostanze in

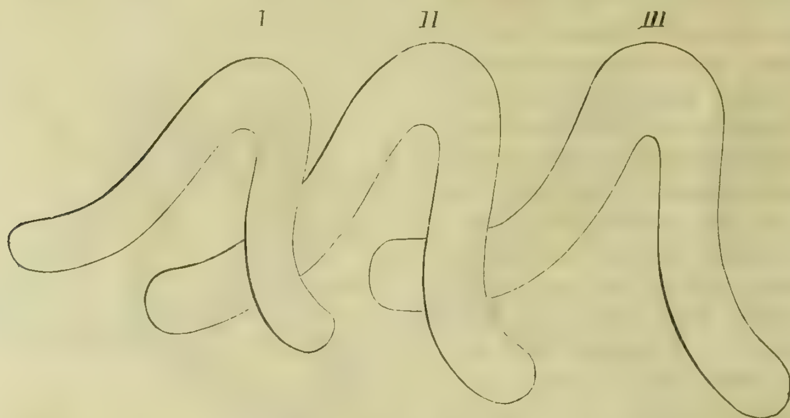


Fig. 94 [2].

molti casi per lo spazio di parecchi anni e ho trovato che il gran segreto del loro successo è l'esatto loro adattamento ai varii casi e la conservazione dei rapporti normali fra i lati del triangolo, indicati sopra (veggasi fig. 89). Vi sono certi casi eccezionali in cui può

[1] La fig. 93 presenta un pessario a gruccia, di grandezza massima, guardato dall'alto.

[2] La fig. 94 presenta, di profilo, le tre dimensioni del pessario a sella indicate dai numeri I, II, III, che si possono avere piegando anelli di varie grandezze in forma di sella-gruccia.

essere necessario un pessario a sella più grande del N° 3, ma sono molto rari.

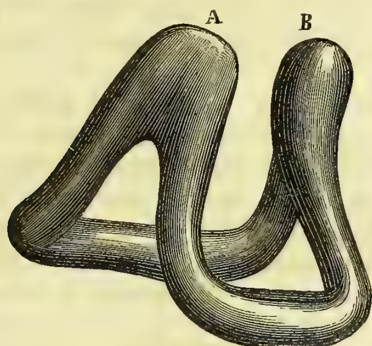


Fig. 95 [1].

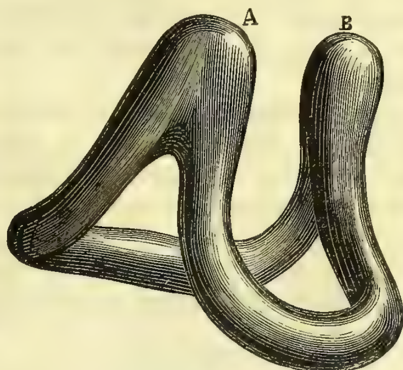


Fig. 96.

Pessarii a sella elastici. — Io ho trovato che i pessarii a sella fatti

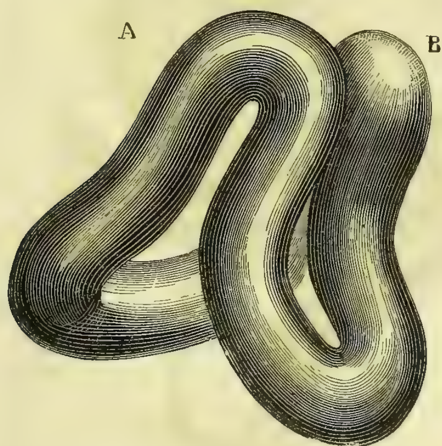


Fig. 97 [2].

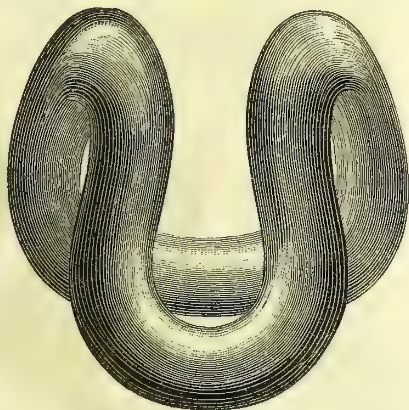


Fig. 98 [3].

di argento tedesco coverto di gomma elastica talvolta sono preferibili agli altri. Sono molto utili quando vi è bisogno di una maggior facilità nella loro introduzione. I Signori Coxeter, i Signori Meyer ed il Sig. Russel hanno costruito questi pessarii sulle mie indicazioni. Essi fino ad un certo punto sono compressibili e perciò s' introducono più facilmente e dopo introdotti conservano la loro forma. La fig. 97 rappresenta un pessario a sella N° 3 fatto a questo modo. Questa specie di pessario (fig. 97) è utilissima nei casi in cui l'utero è grosso e pesante (come quando vi è antiflessione con utero con-

[1] La fig. 95 rappresenta un pessario a gruccia n° 2; la fig. 96 uno n° 3.
[2] La fig. 97 mostra un pessario a sella ed elastico n° 3 molto grosso.
[3] La fig. 98 presenta da un altro lato lo stesso pessario che si vede nella fig. 97.

gesto ed ipertrofizzato) ed è costruito a posta più grosso di quelli richiesti nei casi ordinarii. I N^{ri} 1 e 2 fatti di questa sostanza sono naturalmente più piccoli di quello che si vede nella figura 87 pag. 258 e sono anche coverti da uno strato meno grosso di gomma elastica.

Altro modo di usare il pessario a sella. — In alcuni pochi casi ho trovato che il pessario a sella agisce molto bene quando è rotato in dietro in modo da situare la parte che ordinariamente sta innanzi al corpo dell'utero dietro la bocca. Questo metodo in certi casi fa bene, ma in generale il puntellamento del pessario in dietro è troppo forte e può invertire l'antiversione anche in una retroversione, tanto è potente. La fig. 99 fa vedere un pessario a sella un

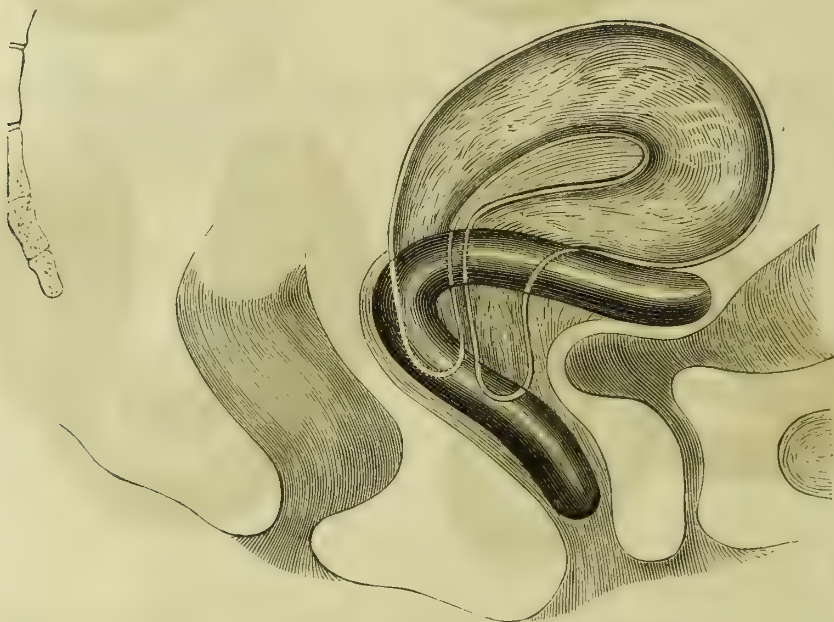


Fig. 99 [1].

pò schiacciato in modo da star meglio nel pavimento della vagina e che agisce nel modo sopra descritto.

Il pessario di Gehrung per l'antiflessione è, per il principio su cui è costruito, molto simile al sopra descritto. Io riporto il disegno del pessario di Gehrung (fig. 100), da cui risulta che agisce similmente al mio. Qualche volta ho usato la modificazione suddescritta prima ancora che Gehrung pubblicasse la descrizione del suo pessario.

---

[1] La fig. 99 mostra un modo speciale di usare il pessario a sella. Esso è un poco schiacciato per corrispondere a questo speciale obbietto.

Introduzione dell'ordinario pessario a sella.—L'introduzione del pessario a sella non è molto facile se non si bada a certe particolarità. Si deve introdurre prima l'anello grande, tenendo la parte che unisce i due anelli vicino all'orificio uretrale. Quando l'anello grande è completamente penetrato nell'apertura vaginale, bisogna premere, non sull'anello, ma sulla parte che sta vicina all'uretra e questa parte deve essere spinta sotto l'uretra rotando in certo modo lo strumento in dietro. Questa piccola manovra, quando è bene eseguita, porta il pessario a sella completamente nella vagina e la sua restante introduzione è cosa facilissima poichè prende posizione subito. L'introduzione può essere molto difficile se non si prendono le sopra dette precauzioni. È meglio mettere l'inferma di fianco colle ginocchia tirate molto in alto e per agevolare l'operazione è d'uopo usare molta sugna o cold cream fresco [2]. Nelle donne nubili in cui bisogna introdurre un pessario può rendersi indispensabile l'anestesia per superare le difficoltà della introduzione.

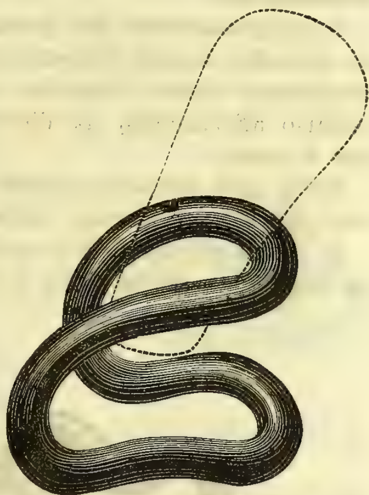


Fig. 100 [1].

Nei casi in cui s'incontra un grado alquanto notevole di resistenza nell'elevare l'utero all'uso del pessario a sella bisogna unire alcune misure di precauzione circa la posizione dell'inferma. A principio è essenzialissima la posizione orizzontale. Quella seduta generalmente è più incomoda durante le prime poche settimane in cui si porta il pessario a sella che prima di applicarlo ed almeno per un certo tempo bisogna evitarla. Avvegnachè lo strumento prema in realtà sulla vescica, di raro ne provoca un'irritazione. Talvolta preme un po' troppo sul retto se si sta troppo in piedi o a sedere e la funzione intestinale spesso è resa un poco difficile dalla sua presenza. Ad evitare questo possibile inconveniente il rimedio più indicato è un clistere quotidiano. Il pessario di vulcanite, quando si adatta e funziona bene, si può portare per mesi senza nessun inconveniente, ma, fino a quando non ha raggiunto il suo scopo deve essere sorvegliato e regolato. Quando, però, un pessario fatto di sostanza dura è stato portato per alcuni mesi, deve essere allontanato e sostituito per un certo tempo da un altro fatto di sostanza

[1] La fig. 100 mostra il pessario di Gehrung per l'antiflessione.
[2] Migliore di qualunque altra sostanza è la vaselina che non si altera mai.
SCAMBELLURI.

molle. Quando si usa una delle varietà di pessarii di gomma elastica possono essere necessarie sostituzioni più frequenti ed iniezioni giornaliere che contengano qualche antisettico, sovratutto dopo la mestruazione.

L'allontanamento del pessario a sella può essere accompagnato da difficoltà se non si prendono alcune precauzioni. Il pessario devesi trasportare verso l'apertura dell'ano ed in giù e sarà più facile estrarlo afferrandolo da dietro, col dito indice piegato ad uncino, che d'avanti.

Nella cura dell'antiversione e dell'antiflessione sono stati usati varî altri pessarii. Parleremo adesso di alcuni di questi.

Il Dr. Gaillard Thomas usa due o tre pessarii da lui ideati. La norma da lui adottata è di servirsi di un pessario di Hodge,

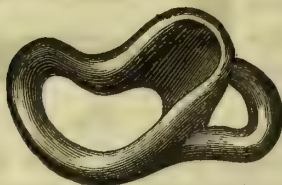


Fig. 101 [1].

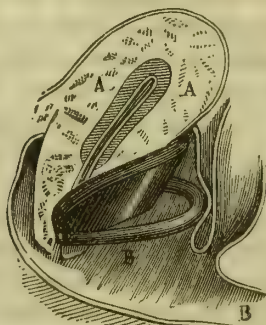


Fig. 102 [2].

come base, a cui è annesso un pezzo arcuato che corrisponde di fronte al collo uterino. Questo pezzo arcuato si muove su perni sicchè si può introdurre più facilmente. Nelle figure sopra riportate si vedono alcuni dei pessarii di Thomas tolti dalla 5ª edizione della sua opera.

Il Dr. Thomas ora usa anche uno strumento che è una combinazione dell'asta intrauterina con un pessario vaginale. Differisce poco dalla forma dell'altro pessario vaginale, ma vi è una specie di tazza che sostiene un'asta la quale sta nell'utero; all'asta è attaccato un poco di filo per agevolarne l'estrazione dopo che si è tolta la parte vaginale del pessario.

Vi sono altri pessarii vaginali, che sono stati inventati per la cura dell'antiversione e dell'antiflessione ed agiscono premendo attraverso la volta della vagina; essi sono quelli del Dr. Playfair, del Dr. Galabin e del Dr. Fancourt-Barnes

---

[1] La fig. 101 mostra uno dei pessarii di Thomas. È di vulcanite di un sol pezzo.
[2] La fig. 102 presenta un pessario di Thomas per l'antiflessione, in sito.

Finora abbiamo descritto strumenti i quali operano esclusivamente entro il canale vaginale, ve ne sono altri che operano da fuori. In generale è certo che qualunque degli strumenti di questa ultima specie non incontra il favore dell'inferma e deve essere continuamente invigilato. Il Dr. Thomas descrive una modificazione del pessario di Cutter per la retroflessione, conformato in modo, però, che la pressione si spieghi innanzi all'utero ed è fissato per mezzo di una fettuccia che dall'asta si porta dietro la vita. Altri hanno adoperato strumenti il cui punto fisso si ottiene attaccando un'asta ad un guancialetto, tenuto in sito da una fascia pelvica che gira intorno alla pelvi. Il Dr. Galton presentò uno strumento di questo genere all' *Obstetrical Society* di Londra nel 1874. Il principio su cui è costruito questo strumento è identico a quello su cui costruivasi uno strumento una volta usato per il prolasso dell'utero ed in alcuni casi ostinatissimi non vi ha dubbio che potrebbe essere molto utile.

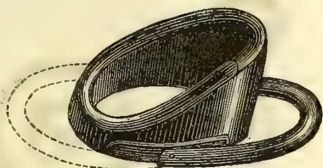


Fig. 103 [1].

Pessario a palla e ad aria. — Pochi anni dietro soleva usare piuttosto spesso un pessario a palla e ad aria per la cura dell'antiflessione e in pochi casi ancora l'uso quando il pessario a sella per varii motivi non si trova conveniente.

Il pessario a palla e ad aria è molto efficace quando l'utero è molto pesante o grosso, o molto sensibile ed è un pessario utilissimo. È costituito da una palla di gomma elastica, *perfettamente sferica*, a cui è annesso un piccolo tubo per mezzo del quale s'insuffla l'aria dopo che è stata introdotta. Il tubo porta una chiave di chiusura ed una siringa di rame la quale adattandosi all'estremità del tubo serve ad insufflare l'aria. I signori Meyer e Meltzer costruiscono bene questa specie di pessario. Si fa di varie grandezze. La grandezza media necessaria per le donne maritate è una palla che abbia poll. 1 $^{3}/_{4}$ di diametro quando non è distesa. Dopo che è introdotta si gonfia finchè acquista due pollici di diametro ; a raggiungere questo intento fa d'uopo introdurla vuota, dopo di avere precedentemente determinato quanti colpi di pistone della siringa sono necessarii per ottenere il voluto grado di distensione.

Importa moltissimo che la palla sia perfettamente rotonda e che la distensione non oltrepassi il grado necessario. Una palla con 2 pollici di diametro sostiene bene l'utero, ma se è più grande lo spinge tutto in dietro.

Un inconveniente del pessario ad aria è la presenza del tubo

---

[1] Pessario di Thomas per l'antiflessione, modificato da Mundé.

esterno, che si deve legare sul davanti ad una fascia fissata intorno alla vita. Altro inconveniente è la possibilità che si guasti la chiave e sfugga l'aria. Quando, però, si sa adoperare è uno strumento utilissimo e presenta il vantaggio di poter essere subito introdotto ed estratto dalla stessa inferma. Bisogna darle norme precise acciocchè il pessario continui ad agire convenientemente.

[La fig. III presenta un pessario a palla e ad aria più semplice di quello indicato dall'Autore, poichè invece della siringa di rame si usa una pera di gomma elastica per insufflare l'aria. Si compone di una palla sferica *a* a cui è annesso un tubo *b*, la cui estremità termina con una chiave *i*, alla quale si può adattare la pera *c*. La palla s'introduce vuota e poi s'insuffla l'aria dal tubo colla pera di gomma elastica. Si determina anticipatamente quante volte la pera deve essere scaricata nel tubo acciocchè la palla *a* raggiunga il voluto diametro. Questo pessario si può anche semplificare di più sopprimendo la chiave *i* ed inserendo il becco della pera direttamente nell'estremità del tubo *b*. Ogni volta che si deve ricaricare di aria la pera, si stringe fra l'indice ed il pollice della mano sinistra l'estremità del tubo *b* acciocchè l'aria già insufflata nella palla non torni fuori e quando questa è distesa al grado voluto si lega l'estremità del tubo. La mancanza della chiave fa sì che sia meno incomodo per l'inferma il portare il pessario.



Fig. III.



Fig. IV.

Si costruiscono pessarii ad aria anche in forma di anello come si vede nella fig. IV. Questi però debbono essere riempiti di aria prima che s'introducano in vagina. Il modo di riempirli è identico a quello indicato sopra per i pessarii a palla].

CAPITOLO XXV.

LATERIFLESSIONE, SPOSTAMENTO LATERALE ED ANTI- E RETROFLESSIONE ALTERNANTI DELL'UTERO.

LATERIFLESSIONE DELL'UTERO. – Cura.
ANTI- E RETROFLESSIONE ALTERNANTI. — Natura di questi casi – Stato dei tessuti dell'utero — Cura, generale e meccanica.

LATERIFLESSIONE DELL'UTERO.

In generale la flessione dell'utero è specialmente o anteriore o posteriore, quantunque abbastanza comunemente si osserva che l'inclinazione dell'utero è un poco laterale, poichè la flessione non occupa precisamente la linea mediana. Ma in pochi casi la flessione ha una direzione accentuatamente laterale. Leggendo il mio libro di note, sui casi da me osservati, trovo che durante sei anni vidi l'utero chiaramente lateriflesso in tre casi; questo scarso numero mostra che la lateriflessione è rara. Il rapporto fra l'utero ed i legamenti larghi e la sua fissazione laterale da questi procurata si oppongono agli spostamenti laterali.

Dei tre casi sopra riferiti uno fu presentato da una signorina di 24 anni, la quale era caduta da cavallo un anno prima di ricorrere all'aiuto del medico, e da allora avea sofferto notevole dolore ed incapacità a muoversi. Negli altri due casi non vi era stato grave accidente pregresso; un'inferma aveva 46 anni e lo spostamento era antico; l'altra non avea che 18 anni ed avea abusato dell'esercizio di camminare dopo il suo matrimonio, avvenuto circa due anni prima.

Io ho visto altri casi in cui l'utero era antiflesso e molto chiaramente inclinato da un lato; ma essi non fanno parte della categoria sopra accennata.

La diagnosi di questi casi si può fare con certezza solo per mezzo della sonda.

Cura. — La cura che ho trovato buona consiste nell'uso della sonda, per cui l'utero si raddrizza, e nella posizione debitamente scelta del corpo. Se l'utero è inclinato verso il lato sinistro l'inferma deve giacere sovratutto sul destro. Naturalmente è necessaria la posizione

orizzontale. Quanto all'uso dei pessarii in tali casi non è facile applicarne uno che soddisfi a tutte le indicazioni. Quando l'utero è in uno stato di notevole lateriversione, ma vi è una leggiera inclinazione in avanti, si può adattare un pessario a sella. A questo scopo il pessario a sella ed a gruccia deve essere curvato in modo che la gruccia sporga più in dietro del solito sul lato verso cui l'utero inclina. Il pessario ad asta, senza dubbio, sarebbe il migliore strumento da usare quando l'utero è accentuatamente inclinato da un lato.

SPOSTAMENTO LATERALE DELL'UTERO.

Ho visto pochi casi in cui l'utero, senza essere flesso, era molto spostato dalla posizione mediana nella pelvi, in seguito ad un accidente o caduta e per lo spostamento erano sorte sofferenze molto prolungate ed oscure.

In uno dei suddetti casi trattavasi di una giovane signora la quale cadde dalle scale, si ruppe il braccio e per qualche tempo stette in riposo a causa di questa rottura, ma quando tentò di camminare le fu difficile e doloroso questo atto ed ebbe anche sintomi « isterici ». Nell'esplorare la parte interna della pelvi si trovò l'utero cacciato nell'angolo posteriore sinistro della pelvi ove evidentemente stava dall'epoca della caduta. Per mezzo della cura colla posizione l'utero tornò nel centro della pelvi.

In un altro caso l'inferma avea fatto una violenta caduta sul pavimento mentre andava a sedere senza che in realtà vi fosse la sedia dietro di lei, seguì forte dolore cronico ed ostinato alla regione sacrale e consecutivamente si trovò che l'utero era stato spinto in dietro verso il sacro ed un po' di lato [1].

---

[1] Tenuto conto della rarità di questi casi di spostamento laterale dell'utero senza flessione credo di far bene riferendo la storia del seguente caso:

Due anni dietro si recò in Napoli nella stagione estiva a prendervi i bagni, come era solita di fare, la Signora A. P. .. di 22 anni, maritata da tre [ma senza figli. Fui chiamato a vederla onde consigliarla sull'opportunità o ,no dei bagni stante che da un mese soffriva di leggieri ma frequenti fenomeni isterici, di peso al basso ventre (diceva l'inferma) nel camminare, di una vaga ma continua molestia nella pelvi, a cui però non sapeva dare una sede più precisa e qualche volta avea nausee di stomaco. Aggiungeva che le era estremamente incomodo l'andare in carrozza, massime per strade mal fatte in cui le scosse fossero frequenti e forti. La interrogai minutamente sui suoi precedenti e non seppi altro d'importante che il seguente fatto, il quale richiamò la mia attenzione sull'utero e mi fece insistere per indurla ad un esame diretto di questo organo. Quaranta a quarantacinque giorni prima della mia visita, volendo appendere un quadro, piuttosto pesante, alla parete della sua camera da letto nel proprio paese, si fece portare una scala a piuoli e senza farla tener ferma da alcuno l'appoggiò al muro, prese il quadro colla mano sinistra e salì fino in cima. Ma per disgrazia nell'eseguire il movimento di appenderlo perdette il centro di gravità, la scala scivolò di lato lungo il muro e la Signora cadde a terra e di fianco da un'altezza di circa cinque metri. Non mi seppe dire su quale lato cadde perchè in quel momento perdette i sensi per la paura e quando si rialzò non ricordò in qual modo cadde. Chi corse in suo aiuto la trovò stesa al suolo sovra un fianco ma non badò quale fosse. La caduta produsse varie contusioni delle parti molli delle quali guarì dopo una settimana di riposo assoluto. D'allora in poi sorsero tutti i sintomi sopra enumerati. Questo accidente senza dubbio avea dovuto alterare la posizione dell'utero, era perciò necessaria un'esplorazione dalla vagina e la consigliai, ma vi volle del bello e del buono per indurre l'inferma a sottoporvisi, sembrandole che le sue sofferenze non avessero relazione coll'utero. Allora trovai questo organo allontanato completamente dalla linea mediana e situato al lato sinistro della pelvi; ma non vi era flessione. Per molti giorni feci restare l'inferma in assoluto riposo in tal posizione da giacere a preferenza sul fianco destro. Quando si alzò l'utero era ritornato al suo posto e i sintomi di cui prima lamentavasi erano del tutto scomparsi. SCAMBELLURI.

ANTI- E RETROFLESSIONE ALTERNANTI.

Una classe molto importante di casi è quella in cui la flessione ora è posteriore, ora è anteriore o *vice-versa.*

Questi non sono casi molto comuni, ma non sono assolutamente rari.

Io acquistai cognizione la prima volta di questa varietà alternante di flessione otto anni dietro nel curare una donna il cui utero presentava questa specie di alterazione e che rimase in osservazione per molto tempo. Era difficilissima la guarigione ed i fatti osservati di quando in quando in questa donna m'impararono qualche cosa che in altri casi simili è stata molto utile.

Questi casi alternanti in realtà sono casi in cui l'utero è estremamente molle e sono casi tipici di utero *molle.* Questa mollezza è conseguenza di cattiva nutrizione. Il caso sopra citato lo presentò una signora minacciata di tisi il cui stato nutritivo generale era molto deperito. Vi era dischinesia uterina molto intensa; completa impossibilità di fare più di pochi passi. Si trovò l'utero retroflesso. La cura relativa riuscì per un certo tempo, ma poi fu infruttuosa ed allora si scovrì che l'utero era antiflesso. Si modificò la cura secondo questa nuova alterazione; si vide però che la più leggiera pressione innanzi all'utero produceva retroflessione, mentre indietro produceva antiflessione. L'utero era così debole che non potevasi tenere diritto. Dopo osservate queste oscillazioni per tanto lungo tempo da essere certi della natura del caso, fu applicato un pessario di forma speciale che contemporaneamente faceva pressione in avanti ed in dietro dell'utero e quando si giunse ad adattarlo convenientemente in modo da agir bene l'inferma potette camminare e si ottenne in fine la guarigione sostenendo l'utero e facendo migliorare lo stato generale con un'opportuna alimentazione.

Posso ricordare un altro caso che è stato in osservazione in questi ultimi otto o nove anni. Una giovane signora, maritata, aveva antiflessione ed estrema debolezza — esaurimento cronico. Si curò con successo l'alterazione uterina e l'inferma ebbe il primo figlio circa due anni dopo. Terminata la gravidanza l'utero si alterò nuovamente e fu d'uopo applicare un pessario a sella per la seconda volta; avvenne una seconda gravidanza, cui seguì altra flessione, ed una terza sempre collo stesso effetto; passato un intervallo più lungo si manifestò la quarta gravidanza, cessata la quale l'inferma ricorse a me di nuovo perchè non stava bene e sentiva dolore. Questa ultima volta, con mia sorpresa, trovai l'utero non antiflesso, come le altre volte, ma retroflesso. Questo caso importantissimo, di cui mi sono note perfettamente tutte le particolarità, presenta un esempio di utero in origine molto molle e che, a causa di ripetute gravidanze, non

si è mai realmente consolidato. Questo caso è raro e forse eccezionale quanto alla sua ostinatezza, ma ne porge grandi insegnamenti.

In varie epoche io ho visto un considerevole numero di casi meno evidenti dei sopra citati, ma ben caratterizzati. In alcuni di essi non fu applicato nessun sostegno interno e nondimeno si osservò l'alternarsi della flessione. In altri casi l'alternamento seguì all'uso di un pessario vaginale, poichè una retroflessione si mutò in antiflessione dietro l'applicazione del pessario di Hodge, e *vice-versa* dopo l'uso di un pessario a sella in un caso in cui l'utero era antiflesso. Questa è una circostanza molto importante che bisogna tenere a mente, giacchè un pessario il quale compie il suo ufficio bene a principio, consecutivamente può non essere opportuno. Quando vi ha insolita flessibilità dell'utero il pessario (bene applicato) non solo porta l'utero al suo posto, ma *può* produrre la specie opposta di flessione.

A questo proposito fo notare che io poche volte sono stato consultato da inferme le quali aveano avuto retroflessione ed erano state curate col pessario di Hodge da altri pratici, ma non erano cessate le loro molestie. In questi casi ho trovato cinque o sei volte che l'utero retroflesso era divenuto antiflesso. Una volta, per la supposta impossibilità di procurare un miglioramento nello stato dell'inferma, era seguita grande preoccupazione, ma con un esame scrupoloso si trovò che la causa di tutto era l'esagerata azione del pessario, la quale, naturalmente, può in alcuni casi essere reale, perchè il pessario si porta troppo a lungo o è troppo grande, ma la causa del male non era questa nei casi che io ricordo, ed in cui era certo tanto che la prima diagnosi era stata esatta, quanto che il pessario era stato abilmente applicato [1].

Questi fatti dimostrano evidentemente la necessità di regolare attentamente l'azione dei pessarii vaginali e di accertare che funzio-

---

[1] Da quanto l'Autore ha detto nelle precedenti pagine e specialmente in queste ultime sui pessarii ed il loro uso risulta ad evidenza che la loro applicazione è affare di molta perizia ed esercizio. Ciò serva di norma a coloro i quali bandiscono la cura meccanica delle affezioni uterine dalla loro pratica e negano ad essa ogni importanza o anche la ritengono dannosa. Leggendo queste stupende pagine di Graily Hewitt il lettore può farsi un'idea delle tante particolari circostanze, che, se trascurate, possono far fallire o rendere nociva una cura meccanica. Ma ciò significa che bisogna proscrivere i mezzi meccanici? Che bisogna privare le inferme di questi efficacissimi aiuti sol perchè non sappiamo maneggiarli? Se qualcuno li giudica cattivi o pericolosi, fa ciò non perchè in realtà sono tali, ma perchè li rende tali usandoli senza giudizio e senza premunirsi delle debite cautele. La forma, la dimensione del pessario, l'epoca in cui bisogna applicarlo, le cure preparatorie alla sua applicazione, il tempo che bisogna lasciarlo in sito, le modificazioni che si devono ad esso dare di quando in quando, la sostanza più conveniente da cui deve esser fatto nei singoli casi, la maggiore o minore vigilanza che è d'uopo avere mentre è applicato, sono tutte cose che il pratico scrupoloso e giudizioso deve attentamente studiare prima di accingersi a fare una cura meccanica in una malattia uterina. Solo a questo modo si possono evitare giudizii erronei ed opposizioni sistematiche a certe dottrine ed a certi metodi che oramai si fondano sull'esperienza e l'osservazione scrupolosissima di uomini eminenti la cui sincerità e perizia non è da mettere in dubbio. SCAMBELLURI.

nano nel modo che si desidera. Questo intento si può raggiungere soltanto con uno scrupoloso uso della sonda.

Ora è il momento opportuno di dire che se in un caso trattasi di antiflessione, a principio, e si adopera il pessario di Hodge, è molto probabile che segua un effetto, cioè un aumento dell' antiflessione. Io ho incontrato casi nei quali si è osservata questa conseguenza, sia perchè il pessario di Hodge fu adoperato dietro un'erronea cognizione sulla natura del caso, sia perchè si ebbe in mente di guarire l'inferma dall'antiflessione. Secondo me questa ultima idea, ho appena bisogno di dirlo, è molto erronea, come abbastanza hanno provato i casi di questo genere venuti sotto la mia osservazione.

Cura delle flessioni alternanti. — Questi casi speciali hanno bisogno di una corrispondente cura speciale. Forse si può vincere la malattia in più di un modo. Il piano da me seguito nei pochi casi da me osservati e che è riuscito, consiste nell'usare un pessario che è una combinazione del pessario di Hodge e di quello a sella.

Si potrebbe descrivere come pessario a sella con l'anello posteriore allungato in modo da rassomigliare alla parte corrispondente del pessario di Hodge. La quì annessa figura, meglio di una descrizione, farà acquistare un'idea dello strumento. Il suo obbietto è di dare un sostegno tanto dietro quanto avanti all'utero e questo pessario ha adempiuto a queste indicazioni nei casi in cui l'ho adoperato. In alcuni di questi casi è probabile che il pessario conosciuto col nome di pessario di Fowler sia utile. Esso è fatto di vulcanite, di forma conica o ad imbuto, nel quale si situa l'utero. Si costruisce di varie grandezze.

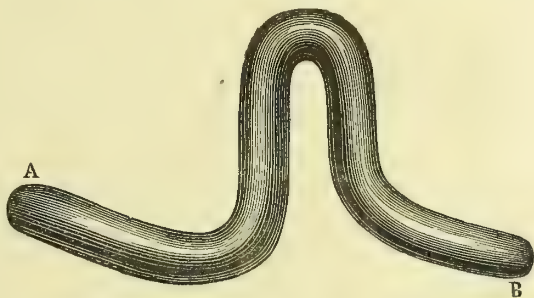


Fig. 104 [1].

Un altro pessario che adempirebbe le indicazioni volute è il pessario ad asta. Io, però, non l'ho usato nei casi di flessione alternante che ho osservato, poichè ho adottato il piano sopra descritto e ne son rimasto contentissimo.

Concludendo affermiamo che nessun grado di precisione e di abilità meccanica sarà efficace nel curare questi casi se non è congiunto a molta esattezza e precisione nel rinforzare l'utero. La cura dell'alimentazione sostanziosa e ben diretta per un anno o più sarà

[1] La fig. 104 presenta di profilo il pessario per la flessione « alternante ». Si deve mettere la parte A dietro al collo dell'utero; B corrisponde all'apertura vaginale.

necessaria in un caso di fiessione alternante per guarire realmente la malattia. Se si trascura questo ultimo elemento nella cura, l'utero,

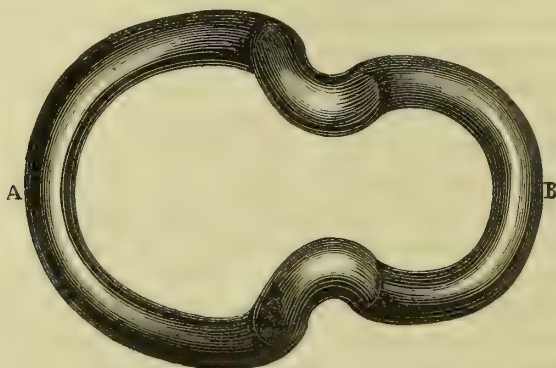


Fig. 105 [1].

dopo allontanato il pessario, ritornerà nel primitivo stato patologico.

[1] La fig. 105 fa vedere lo stesso pessario per la flessione « alternante » in un piano orizzontale.

CAPITOLO XXVI.

INCISIONE E DILATAZIONE DEL CANALE CERVICALE DELL'UTERO. — PESSARII AD ASTA.

Incisione o divisione della bocca e del collo dell'utero. — Varii metodi di eseguire l'operazione — Mezzi per mantenere il canale aperto dopo l'operazione — Pericoli dell'operazione — Cura dei casi d'imperforazione della bocca dell'utero.

Dilatazione del canale dell'utero. — Pericoli di essa — Mezzi per fare la dilatazione — Varie specie di tente — Metodo d'introduzione — Dilatatori metallici.

Pessarii ad asta — Varie specie — Aste semplici — Aste con base di sostegno vaginale.

Incisione o divisione della bocca e del collo dell'utero.

L'incisione o divisione della bocca e del collo dell'utero è un'operazione che si esegue principalmente per curare la dismenorrea o la sterilità. Ma è anche un mezzo per agevolare la rettificazione della forma dell'utero nei casi cronici di distorsione di questo organo.

Per allargare il calibro del canale uterino Sir J. Y. Simpson per il primo adoperò un metrotomo nascosto per mezzo del quale eseguiva un'incisione che giungeva fino alla bocca interna, prima da un lato e poi dall'altro. Il coltellino restava nascosto finchè lo strumento non entrava abbastanza. Esso è stato variamente modificato.



Fig. 106.

Il metrotomo del Dr. Greenhalgh è a doppia lama e con esso si fa una sezione bilaterale del canale cervicale, più ampia in sotto che in sopra. Il Dr. Marion Sims usa un paio di forti forbici curve per mezzo delle quali si taglia ciascun lato fino al punto di congiunzione colla vagina e poi s'incide il canale superiormente a questo punto, da ciascun lato, con un coltellino a lama di rasoio (fig. 106) ed a punta ottusa, fino al limite necessario; l'incisione prodotta avrà una forma piramidale e sarà più ampia in basso. Il Dr. Barnes adopera le forbici in simil guisa come mezzo per aprire la parte più bassa del canale. Il metrotomo di Coghlan è buono a fare un'incisione della bocca interna; ha l'estremità come

quella di una tenta e il resto è schiacciato con due brevi margini taglienti da ciascun lato. In alcuni casi è necessario usare con attenzione una piccolissima tenta per conoscere la direzione del canale cervicale e di quando in quando è utile una guida stretta per condurre il coltello quando siamo alla bocca interna dell'utero.

È molto preferibile che si limiti, quanto più è possibile, l'incisione alla bocca esterna dell'utero. Non vi ha dubbio che non è condotta saggia dividere largamente il collo dell'utero, come si faceva una volta; è soltanto necessario incidere la bocca esterna dell'utero tanto da permettere il libero accesso nella bocca interna e le manovre necessarie ad incidere questa ultima ed introdurre ciò che bisogna a mantenere l'apertura beante. L'annessa figura mostra l'estensione dell'incisione della bocca esterna, come la fa il Dr. Marion Sims, ma sembra che sia meglio circoscriverla fra limiti più ristretti ed evitare di tagliare in tutta la sua spessezza la parete del canale cervicale. La *discissione* della bocca uterina, come la descrive Peaslee, si fa fra questi limiti. Vi sono casi in cui la bocca esterna è così piccola che la parete deve essere completamente spaccata per una certa estensione.

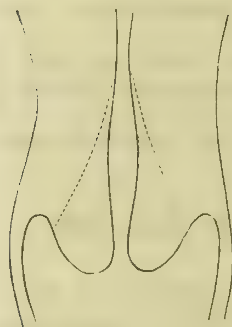


Fig. 107.

La bocca esterna si può incidere con un paio di forbici curve o col coltello di Sims e l'interna con questo ultimo strumento. Durante l'operazione l'inferma si situa di fianco nella posizione indicata da Sims, si applica lo specolo a becco d'anitra e si tira in basso la bocca col tenaculum o coll'uncino.

[Simpson e Greenhalgh operano coi loro isterotomi senza applicar prima lo specolo. Essi si servono del dito indice come guida per introdurre lo strumento e col tatto regolano il grado di apertura che bisogna dare alla lama per avere il voluto grado d'incisione. A loro è permesso questo modo d'operare, grazie all'esperienza acquistata, ma in generale fa d'uopo applicare lo specolo ed eseguire l'operazione sotto la guida dei proprii occhi e non del solo tatto. Quando si potrà ricorrere all'aiuto di un assistente si applicherà lo specolo di Sims situando l'inferma di lato in posizione quasi prona. Bisogna ricorrere allo specolo di Cusco se si deve operare senza assistente: allora si metterà l'inferma sulla sponda di un letto duro o sovra una tavola, coricata sul dorso, colle coscie flesse, rimpetto ad una finestra da cui venga molta luce, e l'operatore si metterà fra le due coscie. Preso l'isterotomo si dà alla lama un'inclinazione corrispondente alla curvatura del canale cervicale e poi s'introduce in questo tanto quanto è l'estensione del taglio da farsi e s'incide da sopra in sotto il parenchima del collo dell'utero da una parte prima e poi dall'altra. Non possiamo dare una norma generale circa la profondità da dare all'incisione, ciò sarà determinato dall'operatore secondo i casi, ricordandosi che il taglio dovrà avere una profondità diret-

tamente proporzionale alla spessezza della parete del canale cervicale, spessezza che all'orificio interno normalmente è minore ed alla bocca esterna è maggiore.]

Fatta l'incisione s'introduce nel canale cervicale un piumacciuolo di filaccia, di forma conica, imbevuto di una soluzione di glicerina e percloruro di ferro e per farlo restare in sito si riempie la vagina con un pezzo di fascia sufficientemente lunga e bagnata. Dopo dodici ore questa si ritira ma si lascia per due o tre giorni il piumacciuolo. Dopo tolto questo si può introdurre un turaccio di vulcanite. Alcuni operatori l'introducono immediatamente dopo l'incisione. È grande la difficoltà di conservare l'apertura e tutti coloro che hanno eseguito l'operazione ne fanno menzione. Dopo un mese o sei settimane la ferita può restringersi molto, ma il canale per lo più non ritorna alle sue dimensioni primitive.

[Sembra che meglio del piumacciuolo di filaccia possa mantenersi nel canale cervicale una lista di tela, della larghezza di un centimetro o poco più bagnata nella soluzione di percloruro di ferro fatta colla glicerina (percloruro di ferro 1 parte, glicerina 4-6); e, ad evitare che essa resti attaccata alla sonda o al catetere di gomma elastica con cui si cerca di spingerla dentro al canale fra le superficie cruenti e torni indietro con questi strumenti quando si ritirano, è bene usare la *pinzetta a branche scorrenti* del de Cristoforis (fig. V.). La branca superiore di questa pinzetta scorre sull'inferiore per mezzo di un'asta la quale è annessa al grilletto *a*. La lista preparata si mette fra le due branche e poi s'introduce lo strumento fino all'orificio interno del canale cervicale, allora tirando il grilletto *a* la branca superiore scende e la lista di tela resta nel canale. Situata la lista si applica un tampone di filaccia o di cotone innanzi alla bocca dell'utero. La medicatura si continuerà poi nel modo indicato da Graily Hewitt.]



Fig. V.

Il pezzo di vulcanite è preferibile ad altri mezzi per impedire la chiusura del canale dopo l'operazione; il mantenerlo beante nel punto in cui più spesso avviene il restringimento — cioè nella bocca interna — è difficilissimo. Un'asta di vulcanite agisce in doppio modo, mantiene il canale diritto ed aperto.

I pericoli dell'incisione del collo dell'utero sono i seguenti. — [1].

1. L'emorragia può essere imponente quando s'incide l'utero

[1] Il Dr. Montrose A. Pallen (1877) riassume molto bene l'argomento dell'incisione e divisione del collo dell'utero per curare la dismenorrea e la sterilità, nell'*Am. Journ. of Obst.* vol. x. p. 364. Sembra che il Dr. Sims, sin dal 1874, abbia adottato il piano

profondamente; ma questo accidente non è facile a presentarsi quando la profondità del taglio non oltrepassa la metà della spessezza della parete uterina. I casi in cui l'emorragia è stata allarmante forse son casi in cui le incisioni sono state fatte più profonde di quanto sopra abbiamo detto. Generalmente è agevole frenare l'emorragia col tamponamento [1].

2. Il principale pericolo è quello della setticoemia. Esso è di lievissimo grado quando si prendono le precauzioni ordinarie. Sembra che sia pericolosa la dilatazione dopo un'operazione cruenta e forse è pericolosissima quando le superficie divise sono coverte da materia puriforme. Anche un' esagerata profondità dell' incisione può essere causa di setticoemia. In qualche caso è prodotta dalla penetrazione di materie putrefatte del canale cervicale nei vasi tagliati (vene o linfatici) dell'utero. Raccomando l'uso abbondante dell'olio carbolizzato quando si manovra sul collo uterino e sovratutto di evitare di fare la dilatazione nei primi giorni dopo eseguita l'operazione.

Cura dei casi d'imperforazione della bocca dell'utero. — In alcuni casi rari la bocca dell'utero è imperforata per vizio congenito e non vi è uscita per il liquido mestruale. La bocca dell'utero può chiudersi dopo il parto, in seguito ad operazioni, ecc. In queste circostanze, eziandio nei casi di fisometra, possiamo esser chiamati ad evacuare artificialmente il contenuto dell'utero.

Nei casi congeniti dobbiamo aprire una comunicazione fra l'utero e la vagina nel miglior modo che le circostanze permettono. Cer-

---

d'incidere il collo e poi dilatarlo, subito dopo l'incisione, con un dilatatore; fatta questa operazione introduce un pezzo di vetro, di vulcanite o di alluminio nel canale cervicale, lasciandovelo da due a sei giorni insieme a cotone imbevuto nel percloruro di ferro. Il Dr. Pallen asserisce che dal 1865 ha operato 337 volte, eseguendo varie incisioni nei diversi casi. Nei 50 per cento dei casi cessò la dismenorrea e 13 a 15 delle operate ebbero figli, mentre in un quarto del numero delle inferme non si ebbe alcun beneficio. In tre casi seguì cellulite. In due avvenne la morte, ma non come effetto dell'operazione. Paragonando questi risultati coi casi in cui il Dr. Pallen adoperò tente, sembra che in 150 casi in cui queste si usarono vi furono due morti per metro-peritonite e quattordici donne ebbero cellulite pelvica.

[1] Se il sangue non cessa di stillare non bisogna allarmarsi; si faranno iniezioni di acqua gelata ed, ove queste non bastino, s' introducono uno o più piumacciuoli di filaccia nel canale cervicale, ovvero di cotone, dopo di averli fatti imbevere di una soluzione a parti eguali di glicerina e percloruro di ferro. Un'altra pallottola di cotone, pure imbevuto dello stesso liquido, si mette avanti alla bocca esterna dell' utero, e con cotone asciutto poi si zaffa la vagina. Se è necessaria una pressione sul collo uterino si aggiunge altro zaffo che giunga fino all' ostio vulvare ed applicando dopo un pannolino alle parti pudende esterne se ne fissano i due capi ad una fascia, che circonda la pelvi, in modo da essere molto teso.

Qualche volta, per anomalia, trovasi qualche arteria di un certo calibro sulla linea in cui cade il taglio e la perdita di sangue è maggiore. In un caso simile il Malachia de Cristoforis, dopo di avere sperimentato inutilmente i mezzi suddetti, si servì di una comune pinzetta da medicatura ad anelli. Introdusse una delle sue branche nel canale cervicale, mantenne l'altra all'esterno di questo canale e così stringendole compresse tutto lo spessore dei tessuti in cui era l'arteria recisa ed ottenne l'emostasia.

S' intende che ove l'accidente fosse tale da richiedere mezzi più energici per combatterlo, bisogna ricorrere alla cauterizzazione col termo-cauterio di Paquelin.

SCAMBELLURI.

chiamo prima di trovare l'orificio uterino e non riuscendovi si va in cerca del collo. I nostri tentativi per scovrire l'uno e l'altro possono restare infruttuosi, quando per la distensione dell'utero ne è scomparsa ogni traccia. Allora bisogna scegliere un punto vicinissimo alla supposta sede del collo ed ivi si farà l'apertura badando a dirigere lo strumento che si adopera verso il centro della tumefazione, per non correre il pericolo di ferire la vescica o il retto. Sono necessarie certe precauzioni circa al modo con cui si deve lasciare uscire il contenuto dell'utero. Io credo che bisogna fare uscire il liquido molto lentamente. Fatto uscire il liquido, bisogna prendere quelle misure che valgono a mantenere aperto il canale cervicale. Non di raro l'attuazione di queste misure non è agevole, essendovi una tendenza a chiudersi, per cui è necessaria una nuova operazione. La dilatazione graduale colla candeletta o coll'uso di tente è allora opportunissima.

La puntura del tumore per la via del retto è giustificata soltanto quando non si può assolutamente eseguire l'altra operazione per la via della vagina.

Nei casi di occlusione acquisita della bocca dell'utero o del canale cervicale, bisogna aprir questo e renderlo pervio con un'operazione accuratamente eseguita, la cui specie sarà relativa alla natura del caso. Molte volte è possibile trovare le vestigia dell'antico canale per mezzo di specilli e, se ciò riesce, restano più agevolate le ulteriori manovre. Talora bisogna usare un piccolo trequarti per evacuare il liquido. Aperto il canale fa d'uopo applicare di quando in quando la sonda o le candelette metalliche graduate per conservarlo pervio.

[La imperforazione del canale cervicale chiamasi *atresia*. L'atresia può trovarsi all'orificio esterno o all'interno, raramente in altro punto del canale. L'atresia dell'orificio interno è un fatto congenito nella pubertà; l'atresia dell'orificio esterno è più comune nell'età avanzata (Bernutz, Henning).

Quando ci si presenta un caso di atresia congenita, trattandosi di donna nubile con imene intatto, bisogna esplorare le parti col mignolo introdotto attraverso l'imene e collo specolo verginale di Sims, per mezzo di cui non si rompe l'imene e si mette in vista la bocca dell'utero. Se a questo modo non si raggiunge lo scopo è autorizzata l'incisione dell'imene o la dilatazione graduata dello stesso. Prima di decidersi a perforare il canale cervicale col trequarti è bene tentar più volte di forzare collo specillo nel punto ove si suppone che fosse esistito l'orificio, giacchè spesso incontra che si penetri in un tragitto filiforme da cui si passa nella cavità dell'utero. In questi casi trattasi di stenosi avanzata convertita in atresia, perchè il sangue trattenuto per un certo tempo nella cavità uterina si è coagulato ed ha occluso qualunque passaggio all'esterno.

Quando si è aperta artificialmente una via nella cavità uterina, e le pareti dell'organo sono state molto distese ed assottigliate per l'accumulazione di

liquido sanguigno o di altra natura, bisogna fare iniezioni endo-uterine lievemente astringenti, irrigazioni vaginali di acqua fredda ed amministrare l'ergotina, per dare all'organo un pò di tono e ottenere il ritorno della cavità alle proporzioni fisiologiche. Ad evitare che, dopo fatta l'evacuazione artificiale della cavità uterina, possa, per il contatto dell'aria, guastarsi qualche poco di liquido rimastovi è bene fare qualche iniezione antisettica (con acqua carbolica) dopo compiuta l'operazione].

DILATAZIONE DEL CANALE DELL'UTERO.

In un certo numero di casi, per varii motivi, è necessaria la dilatazione del canale uterino. È un'operazione delicata, non di raro accompagnata da rilevanti difficoltà, e non esente da pericolo.

Come abbiamo già detto, i motivi per cui si esegue la dilatazione sono varii: per agevolare l'introduzione di un pessario ad asta, per far cessare la dismenorrea, per guarire la sterilità, per esplorare meglio la cavità uterina, per coadiuvare la guarigione dell'antiflessione o della retroflessione dell'utero, ecc.

È bene parlare in primo luogo dei pericoli che accompagnano questa operazione. Il grande pericolo è quello della manifestazione della pioemia o della cellulite circoscritta. I pezzi di spugna preparata, in certe circostanze, producono rapidamente pioemia mortale e peritonite; ma anche altri mezzi dilatanti possono provocare grave o mortale malattia di simil genere. Favoriscono la manifestazione dei sintomi pericolosi l'abrasione del canale cervicale o una ferita dello stesso guarita in parte. La produzione di una ferita, o di una lacerazione, o di una contusione del canale cervicale, nel fare la dilatazione, può dare lo stesso risultato, massime quando materie puriformi stanno o nell'utero o in tal sito da cui con facilità possono giungere sulla superficie abrasa o lacerata. L'azione di una spugna preparata è rapida ed è considerevole la distensione del collo ; se la spugna non si rende antisettica, rapidissimamente subisce la putrefazione e dopo poche ore per lo più è fetida. Allora la superficie distesa ed in parte abrasa del collo è in contatto col prodotto putrescente, avviene l' assorbimento e si manifestano gravi sintomi, almeno tutto ciò può avvenire. Più probabilmente dannosa è l' introduzione di una seconda spugna, immediatamente dopo estratta la prima, massime se questa è rimasta applicata per due giorni. Possono dare origine a simili risultati le ripetute leggiere abrasioni o lacerazioni della mucosa del canale cervicale, che si possono fare usando candelette o dilatatori metallici. Per quanto posso giudicare dalla mia esperienza sembra che la presenza di una ferita o abrasione nel collo dell'utero sia la causa predisponente, ma la causa occasionale, come la presenza di un materiale putrescente o puri-

forme nel sito abraso o scontinuato, sembra che sia del pari necessaria [1].

Ad illustrare ciò che sopra ho detto possiamo ricordare che nella *Obstetrical Society* di Filadelfia, in Dicembre 1873, ebbe luogo una discussione sull'uso della spugna preparata, e gli oratori riferirono varii casi di morte: 1) Morte dopo la terza introduzione di una spugna preparata, che fu tenuta tre giorni e l'inferma, contro le ingiunzioni ricevute, avea fatto moto; 2) morte dopo la seconda introduzione di una spugna preparata coll'intervallo di due giorni; 3) morte dopo la terza introduzione della spugna coll'intervallo di un giorno; 4) morte dopo l'uso di tre spugne.

I pezzi di spugna preparata non hanno un'azione egualmente certa e rapida, ma si devono adoperare con molta attenzione. Una sola applicazione sembra che sia abbastanza innocua, non così le applicazioni ripetute. Le spugne preparate talvolta sono rese antisettiche prima di usarle, ma sembra che sia difficile renderle con certezza asettiche. La spugna senza dubbio è più conveniente nei casi in cui è necessaria una rapida ed estesa dilatazione che in quelli in cui vi ha bisogno soltanto di una dilatazione leggiera. Sicchè non è facile imberciare la bocca interna in un primo tentativo nei casi di flessione acuta, poichè spesso la spugna perde la sua rigidezza prima di attraversare la parte ristretta del canale. Quando si usa la spugna o qualunque altra sostanza simigliante bisogna sempre fare copiose iniezioni fenicate.

Laminaria. — Le tente di questa sostanza, introdotte la prima volta dal Dr. Sloan di Ayr, in questi ultimi anni sono state usate molto. Si maneggiano abbastanza bene e sono molto efficaci. Quando la laminaria è secca è molto dura e si può assottigliare con un coltello. Talvolta si fanno tente di laminaria cave, come per il primo ideò Greenhalgh, per ottenere un gonfiamento più rapido. Quando il canale uterino è molto flesso o tortuoso l'introduzione della tenta non è facile se non si rammollisce un poco prima d'introdurla. In qualunque caso questa operazione richiede una certa perizia ed attenzione per essere portata felicemente a termine.

Quando è necessario dilatare il canale cervicale molto, si possono usare come ha suggerito il Dr. L. Atthill, fascetti di laminaria.

---

[1] Oggi, che la teoria dei germi d'infezione ha preso tanto sviluppo ed è stata confermata dalle più splendide prove sperimentali, non dee far meraviglia ciò che dice Graily Hewitt, ma soltanto deve sempre più convincere coloro (oramai, per fortuna, pochi) i quali ancora si ostinano a negare i miracoli del metodo antisettico in chirurgia, che ove non si voglia tradire il proprio dovere non si può fare nessuna esplorazione vaginale od uterina, nessuna manovra od operazione sul collo dell'utero, ecc. senza che le mani, gli strumenti che si usano e tutti i pezzi di medicatura siano rigorosamente disinfettati con quelle norme che quì non è il luogo d'indicare, ma che ogni chirurgo *deve* minutamente conoscere.

SCAMBELLURI

Tale dilatazione potrebbe essere richiesta per avere un libero accesso a raggiungere un polipo o fibroma intrauterino.

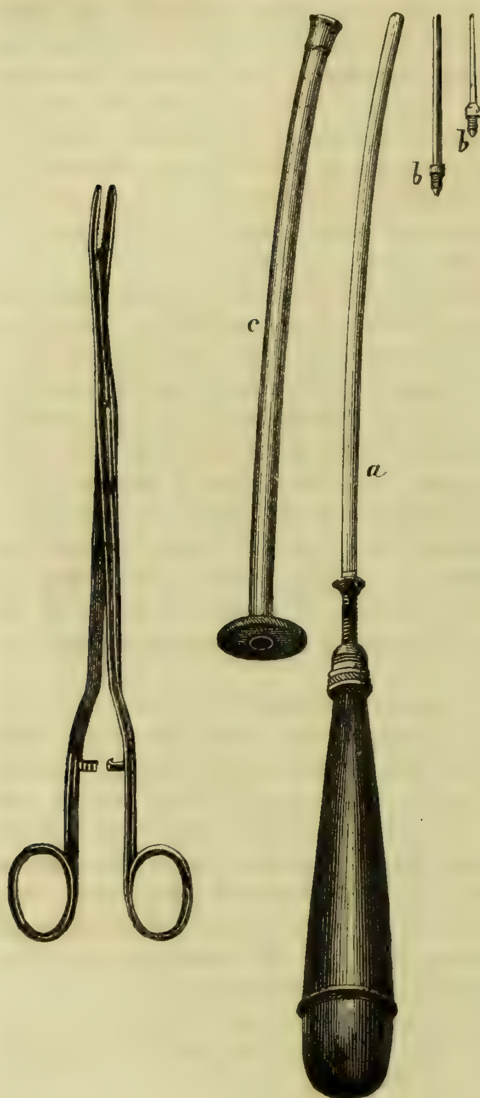


Fig. 108. Fig. 109.

Si fanno tente anche dall'olmo levigato e dal tupelo.

Per introdurre la spugna preparata la migliore posizione è quella laterale di Sims; si adopererà il suo specolo tirando in giù e fissando la bocca dell'utero con un uncino. Con questa manovra si raddrizza un poco l'utero e perciò si agevola l'entrata della spugna. Lo strumento che si vede nella fig. 108 è buono ad introdurre una spugna preparata. Sei od otto ore bastano perchè si spieghi l'azione della spugna, poi si deve togliere.

Un altro buono strumento per introdurre la spugna è quello di Barnes (fig. 109) in cui un ago metallico aguzzo sostiene la spugna durante l' introduzione e se ne distacca rapidamente quando la spugna è bene introdotta nel canale cervicale.

Per ottenere una conveniente dilatazione del canale uterino, la tenta deve oltrepassare la bocca interna dell' utero e vi si deve mantenere finchè spiega la sua azione. Altrimenti può accadere che la tenta scende senza che faccia nessun effetto. Essa naturalmente deve essere tanto lunga da giungere fin oltre la bocca interna sporgendo per breve tratto nel canale vaginale. La tenta deve essere sempre solidamente legata ad un laccetto di seta o di robusta canape per poterla ritirare.

Un altro metodo di dilatazione è quello di Lawson Tait [1] che

[1] *Lancet*, November 1. 1879.

consiste nell'introduzione di una serie di tre turacci conici di bosso nella bocca dell'utero e nell' applicazione della pressione dall' esterno per mezzo di una fascia di gomma elastica. Il primo si toglie dopo poche ore quando ha compiuto il suo ufficio e vi si sostituisce uno più grosso, che, alla sua volta, è sostituito dal terzo. Il turaccio è mantenuto in sito da un pezzo vaginale che si avvita sopra di esso, e a questo pezzo si attacca la fascia elastica all' esterno della vagina. La fascia elastica si fissa ad un altra fascia che circonda la vita.

Dilatatori metallici. — Questi, senza dubbio, sono buoni ed efficaci quando è necessaria soltanto una leggiera dilatazione e sono anche molto utili, giusta la mia esperienza, nella cura delle flessioni croniche, e sovratutto dell'antiflessione. I fabbricanti d'istrumenti chirurgici ora hanno una serie completa di candelette metalliche graduate, che si applicano per questo scopo. Vi sono varii dilatatori metallici. Quello del Dr. Marion Sims, del Dr. Priestley, del Dr. Ellinger ecc. Dopo di averne sperimentati parecchi io ho trovato che il più utile è quello fattomi costruire da Coxeter alcuni anni dietro e che è una modificazione di quello costruito in origine per il Dr. Rigby da Ferguson di Giltspur Street. È costituito



Fig. 110 [1].


Fig. 111 [2].

[1] La fig. 110 rappresenta il dilatatore del Dr. Priestley.
[2] La fig. 111 rappresenta il dilatatore del Dr. Marion Sims.

sul principio dell'allarga—guanti (fig. 48 e 49) e si può introdurre sempre che passa l'ordinaria sonda. Ha una protuberanza come quella della sonda comune per indicare fino a qual punto deve essere introdotto e sulla parte opposta dovrebbe anche avere una leggiera scanalatura per lo stesso scopo. Dopo introdotto si aprono le due branche per un movimento di vite e la forza impiegata si spiega appunto nel sito in cui è più richiesta, cioè nella bocca interna dell'utero. È uno strumento molto efficace e perciò bisogna usarlo con molta precauzione. Ha il gran vantaggio che non scende fuori del canale. Io lo adopero spesso ma bado a lasciarlo applicato molto poco tempo ciascuna volta ed in generale fo passare due giorni tra un'applicazione e l'altra, cioè nei casi in cui lo strumento si usa allo scopo per cui io più frequentemente l'adopero, per la cura della flessione cronica e colla intenzione di raddrizzare permanentemente un canale tortuoso e contratto.

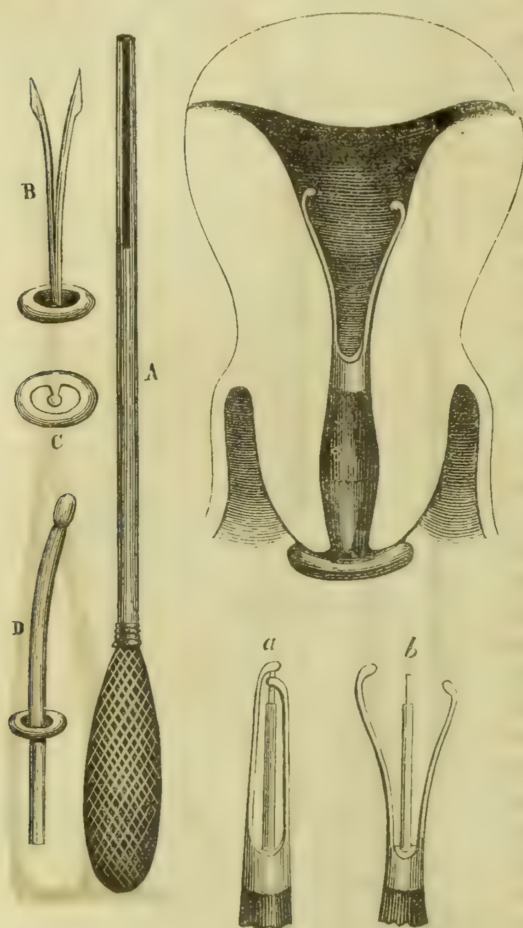


Fig. 112 [1]. Fig. 113 [2].

ASTE INTRAUTERINE.

Le aste intrauterine si possono dividere in due classi — 1) Quelle che si adoperano sole e 2) Quelle che si adoperano insieme ad un disco o base di sostegno vaginale.

Aste semplici. — Queste generalmente sono provvedute di un pic-

[1] La fig. 112 rappresenta l'asta intrauterina del Dr. Chambers e l'apparecchio per introdurlo (*Obst. Journ.* vol. i p. 2).

[2] La fig. 113 rappresenta l'asta intrauterina del Dr. Granville Bantock ed il meccanismo per la sua introduzione (*Obst. Journ.* vol. xiii p. 1).

colo bottone, che, quando l'asta sta in sito, poggia sul pavimento della vagina.

Tranne poche eccezioni si sono usate sostanze rigide come vulcanite (gomma elastica indurita), metallo di varie specie e vetro (Dr. Meadows).

Varie forme. — Il Dr. Chambers raccomanda una modificazione dell' asta intrauterina del Dr. Henry G. Wright. È un'asta di vulcanite doppia, ma le due branche sono tenute insieme fino a che nell' asta è introdotto lo stiletto : ritirando questo si allontanano l'una dall'altra e così s'impedisce che lo strumento cada fuori del canale uterino.

Il Dr. Granville Bantock ha ideato un' asta intrauterina che in parte è di vulcanite e in parte (l' intrauterina) consiste di due branche di argento tedesco ; queste branche si divaricano e mantengono lo strumento in sito dopo la sua introduzione.

L' asta intrauterina del Dr. Clement Godson è di alluminio ed è di cinque dimensioni ; è mantenuta da una molla che è nel tubo ; essa protubera dalle aperture che sono nell' estremità introdotta nell'utero.

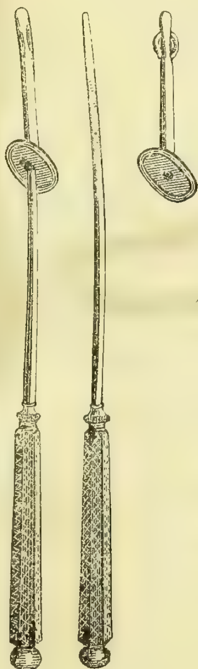


Fig. 114 [1].



Fig. 115 [2].

L'asta intrauterina di Lawson Tait è mantenuta in sito da una leggiera sporgenza di gomma elastica.

L'asta intrauterina del Dr. Alfredo Meadows è di vetro con un piccolo bottone di vulcanite.

Il Dr. Squarey raccomandava un'asta intrauterina tutta elastica, composta da un tubo di gomma elastica.

Asta intrauterina con base di sostegno vaginale. — Lo strumento che qui si vede (fig. 116), chiamato anche pessario a « lucchetto » fu da me ideato e descritto nella 3ª edizione di questa

---

[1] La fig. 114 mostra l' asta intrauterina del Dr. Clement Godson (*Obst. Journ.* vol. xvii p. 286).
[2] La fig. 115 presenta l'asta intrauterina di Lawson Tait.

opera (1872). La fig. 116 fa vedere in B l'asta di vulcanite, lunga un pollice e mezzo, la cui parte più bassa è cava per l'inserzione dello stiletto. In A si vede il disco vaginale di sostegno, di figura ovale, con un vano in cui si adatta l'asta quando è in sito. Essa deve stare piuttosto comodamente in questo vano. L'asta da me usata a questo scopo, ordinariamente, è lunga tre quarti di pollice, e di forma conica, con estremità in forma di bulbo. In sotto l'asta finisce con una base larga del diametro di mezzo pollice e per breve tratto è perforata acciocchè ne sia agevole la introduzione, giacchè la comune sonda uterina penetra in questa perforazione ed agisce come manico. L'asta è mantenuta al suo posto — poichè ha una grande tendenza a scendere — da un sostegno ovale, di varie grandezze, che sta nel canale della vagina.

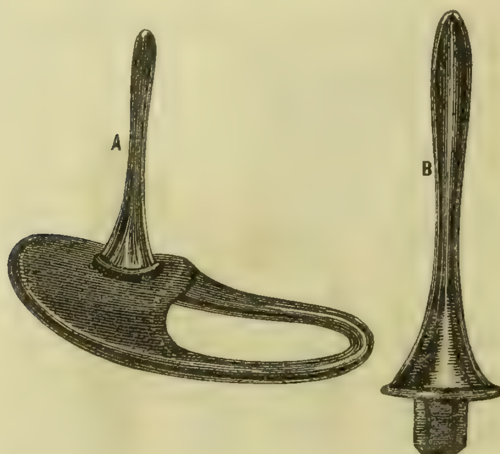


Fig. 116 [1].

Per introdurre lo strumento si fa passare la sonda, che fa da manico, attraverso il foro del disco e poi sovra essa si adatta l'asta di vulcanite. Dopo che questa è messa in sito, si fa scorrere in alto l'anello della sonda finchè la base dell'asta trovasi nel foro del disco vaginale. Allora si ritira la sonda. Soltanto coloro che hanno tentato d'introdurre pezzi rigidi in un canale contorto o contratto e di mantenerveli, valuteranno la necessità o l'utilità di questo congegno, che in pratica ho sperimentato buonissimo. Coxeter e figlio costruiscono questa specie di pessario. Esso è stato usato molto dal Dr. W. Murray di Newcastle-on-Tyne; la parte vaginale generalmente deve essere grande 1 pollice e $^3/_8$ per 2 e $^3/_8$; talvolta deve essere più piccola.

Lo strumento del Dr. Routh si fonda sullo stesso principio. L'asta è articolata ad un pezzo trasversale che si connette ad un pessario di Hodge rispetto al quale la sua posizione è regolata da una vite.

Lo strumento del Dr. Wynn Williams è un'altra modificazione

[1] La fig. 116 rappresenta il pessario ad asta di Graily Hewitt (chiamato pessario a « lucchetto »), B è l'asta (grandezza reale); A presenta l'asta adattata al pezzo di sostegno vaginale (grandezza ridotta). Oggi lo costruire il disco più schiacciato di quello che qui si vede. Questo disco si fa di varie grandezze.

che si fonda sullo stesso principio. Nel suo pessario la parte vaginale è di filo metallico coverto di gomma elastica e si può schiacciare ai lati. Porta un diaframma di gomma elastica attraversato da fori; l'asta è annessa vicino all'estremità più stretta del sostegno vaginale. In un modello più recente e perfezionato l'asta poggia sopra una depressione del diaframma che ha forma di coppa. Si applica con molta facilità ed è molto ingegnoso.

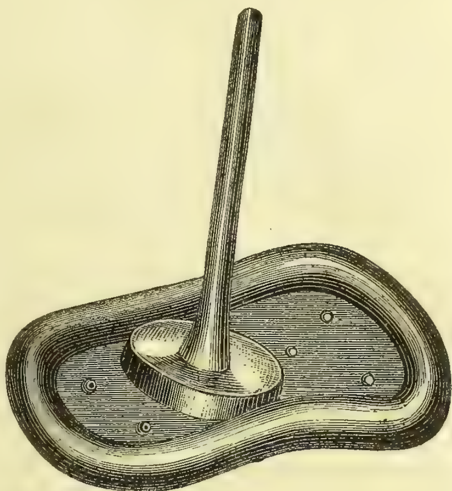


Fig. 117 [1].

Lo strumento del Dr. Meadows si fonda sullo stesso principio e permette anche un certo grado di mobilità dell'asta sulla base vaginale.

Il Dr. Thomas descrive una combinazione dell'asta intrauterina col pessario per l'antiversione, che egli ha trovato utile in certi casi.

Rimandiamo il lettore alla pag. 181 per le indispensabili precauzioni da prendere nell' usare i pessarii ad asta intrauterina.

[1] La fig. 117 mostra il pessario ad asta del Dr. Wynn Villiams. *Obst. Trans* vol. xiv. p. 308.

CAPITOLO XXVII.

CONCOMITANZA DELLA GRAVIDANZA COLLE FLESSIONI DELL'UTERO.

Osservazioni generali — Frequenza degli aborti in tali casi e loro cause — Difficoltà della dilatazione dell'utero.

Retroflessione e retroversione dell'utero gravido. — 1. Flessione esistente prima di manifestarsi la gravidanza — Storia naturale, sintomi ed effetti. 2. Flessione che ha luogo dopo cominciata la gravidanza — Diagnosi — Cura — Riduzione per mezzo della posizione e con altri mezzi — Cura della vescica.

Antiflessione dell'utero gravido. — Frequente condizione e frequente causa di aborto. — 1. Casi in cui l'antiflessione avviene dopo cominciata la gravidanza — 2. Antiflessione che precede la gravidanza — Storia di questi varii casi — Cause per cui la complicazione non è generalmente ritenuta importante — Diagnosi — Un sintoma frequente è la forte nausea — Opinione dell'Autore su questo argomento — La ritenzione di porzioni di uovo è un altro effetto della flessione — Cura nei vari casi secondo la loro gravezza — Elevazione dell'utero, come si ottiene — Guarigione della nausea — *Modus operandi* della cura — Metodo del Dr. Copeman — Dilatazione del collo per la guarigione della nausea, discussione e spiegazione.

Cura consecutiva.

L'argomento della concomitanza delle flessioni colla gravidanza è importantissimo. La retroflessione dell'utero associata alla gravidanza è stata conosciuta da lungo tempo, ma si è pubblicato poco circa l'antiflessione accompagnata alla gravidanza.

Quando l'utero è flesso la gravidanza può completamente mancare e quando si manifesta in tali circostanze, il risultato varia nei diversi casi. È necessario indicare e sforzarsi di spiegare i varii risultati che in questi diversi casi si osservano.

Alcune osservazioni generali si applicano a tutti i casi. Se la flessione è leggiera e non è di lunga durata (cioè non data da più di due anni), la gravidanza può giungere a termine. Generalmente, però, si nota in tali casi che il primo periodo della gravidanza è accompagnato da molesta nausea e vi possono essere stati altri inconvenienti osservati non appena incominciò.

Quando la flessione è più cronica o più grave ordinariamente

incontra che ha luogo un aborto durante il secondo, il terzo o quarto mese.

La gravidanza può cominciare prima che l'utero divenga flesso. Vi sono casi in cui l'utero, essendo stato in condizioni normali, diviene gravido e subito dopo si flette.

Quando l'aborto ha luogo durante i primi mesi della gravidanza, non possiamo dire senza un attento studio dell'anamnesi e di altri fatti se la flessione seguì la gravidanza o la precedette.

L'aborto è un effetto molto frequente della concomitanza della gravidanza colla flessione uterina e questa concomitanza è in realtà la più comune fra tutte le cause di aborto.

La ragione per cui l'aborto è così soggetto ad avvenire nei casi in cui l'utero è flesso mi sembra che sia l'ostacolo opposto dalla distorsione dell'utero alla sufficiente dilatazione della sua cavità. Ma la distorsione avrebbe un'influenza molto minore di quella che ha se il corpo dell'utero fosse libero nei suoi movimenti. Per l'azione della gravità da una parte e dall'altra per l'impedimento opposto all'ascensione del fondo dell'utero dal promontorio del sacro (nei casi di retroflessione) e della sinfisi pubica (nei casi di antiflessione) l'utero non è per tanto libero a muoversi e dilatarsi nel modo normale.

Se supponiamo che le pareti uterine sono allo stato sano le condizioni ora ricordate sarebbero le sole da tenere in conto. Dati la libertà di dilatarsi e lo spazio ove la dilatazione possa compiersi, non vi sarebbe nessuna ragione per cui l'utero, quantunque flesso sopra se stesso, non debba raddrizzarsi, dilatarsi e compiere il suo ufficio nell'ordinario modo, dopo allontanate le sopra dette difficoltà.

Ma in molti casi vi sono altre condizioni che agiscono da ostacolo. Quando la flessione è cronica le pareti uterine ponno subire un cangiamento di spessezza ed anche altre modificazioni. Troppo grosse in alcune parti, straordinariamente sottili in altre, corrugate, compresse, talvolta strette sulla superficie peritoneale da adesioni; in tali condizioni la dilatazione dell'utero è difficile e può seguire l'aborto in un primo periodo della gravidanza.

Vi hanno buone ragioni per credere che in taluni casi le difficoltà della dilatazione dell'utero, benchè non producano l'immediata espulsione dell'uovo, si oppongono in tal modo allo sviluppo della placenta che più tardi hanno luogo il parto prematuro e la nascita di un bambino morto.

L'indurimento e la compressione dei tessuti uterini dipendenti dalla flessione sono più specialmente facili a trovarsi vicino alla bocca dell'utero e vi sono varii singolari casi clinici, che ricorderemo, i quali si devono interpretrare soltanto supponendo una condensazione dei tessuti uterini in questo sito. Se la condensazione è notevole è evidente che l'utero può essere così mantenuto nella sua posizione

distorta che la dilatazione dell'organo sia difficile. Molte volte questa difficoltà si dilegua coll'aborto.

Un altro effetto della flessione acuta è probabilmente la malattia della decidua vera e l'aborto consecutivo così prodotto. Lo sviluppo della decidua, che è una parte del processo naturale della gravidanza, non può seguire normalmente in certe situazioni, e, come è stato dimostrato dall'osservazione, può essere realmente disorganizzata e così provocare l'aborto. Probabilmente questa è la spiegazione dei due importantissimi casi del Dr. Slavjansky e pubblicati nel 1873 col titolo: *On Endometritis Decidualis Chronica as a Cause of Abortion in some cases of Displacement of the Pregnant Uterus* [1].

Non in tutti i casi di flessione uterina in cui ha luogo la gravidanza segue l'aborto, ma, meccanicamente, è quasi impossibile che la gravidanza segua il suo corso fisiologico se non si toglie la flessione. È un fatto che molti casi di questo genere in tal modo decorrono bene; l'utero si raddrizza a misura che si dilata in virtù della semplice dilatazione. Altre volte la flessione resta ed a misura che l'utero si dilata molte volte in realtà aumenta la flessione.

RETROVERSIONE E RETROFLESSIONE DELL'UTERO GRAVIDO.

Desgranges (1715), Gregoire (1746) e William (1754) descrissero casi di « retroversione » dell'utero gravido. Gooch nelle sue lezioni (citato da Ashwell, *Diseases of Women*, p. 597) dà una completa storia del celebre caso di William Hunter. L'inferma era gravida da quattro mesi quando cominciò a soffrire ritenzione di urina. Cessò adoperando il catetere, ma si presentò di nuovo. Wall, che era il medico assistente, capì che si trattava di un caso simile a quello pubblicato da Gregoire. Tentò di ridurre l'utero retroverso, ma non vi riuscì, e allora mandò a chiamare William Hunter, il quale anche riconobbe la natura del caso e tentò, indarno, la riduzione. Vi era costipazione ostinata. L'inferma morì dopo pochi giorni. Subito dopo occorse un secondo caso e l'inferma non poteva emettere nè urina, nè feci. Non si potette introdurre il catetere, si propose la puntura della vescica; l'inferma si oppose e giunse un momento in cui sentì rompersi qualche cosa, che era la vescica, e morì dopo poche ore. In entrambi questi casi fu accertato lo stato dell'utero coll'autopsia.

Nell'opera di Ashwell trovansi registrati parecchi dèi più importanti casi di retroversione dell'utero gravido, osservati dopo di quello di William Hunter, compresi alcuni veduti da lui stesso. Questi

[1] « Dall'endometrite deciduale cronica, causa di aborto in alcuni casi di spostamento dell'utero gravido »—lavoro letto innanzi all'*Obstetrical Society* di Edimburgo, Luglio, 1873.

casi resero evidente la grande importanza della ritenzione dell'urina e delle feci come segni clinici degli stessi; giacchè fu osservato che la morte seguì o per irritazione, per infiammazione diffusa al peritoneo, o per rottura della vescica. Un grande beneficio si guadagnò sempre che si potette vuotare la vescica ed in alcuni casi, quando, la malattia fu diagnosticata presto, la scrupolosa evacuazione giornaliera della vescica fu seguita dalla rettificazione dell'utero. D'altra parte, l'evacuazione della vescica, quando si ottenne, non sempre assicurò la possibilità della riduzione dello spostamento. Così, in un caso, (di Wilmer) la vescica fu vuotata, ma subito seguì la morte e l'utero si trovò tanto solidamente incuneato nella pelvi, dopo la morte, che non si potette sollevare finchè non si segò la sinfisi pubica. Ashwell, a tempi suoi, ebbe ragione di biasimare la poca importanza annessa dagli scrittori autorevoli alla riposizione dell'utero e richiama energicamente l'attenzione sull'opportunità di ridurre lo spostamento e quanto più presto è possibile. Dà anche le norme per eseguire la riduzione, che ben poco sono state migliorate dopo di lui. Ashwell usava e raccomandava un'esatta pressione verso l'alto mentre la donna stava sui gomiti e sulle ginocchia.

La pressione si doveva fare colle dita nella vagina o, se questo modo non riusciva, nel retto. Denman, seguito da Blundel, anche si servì della posizione sulle ginocchia e sui gomiti e la dice sufficiente se mantenuta per tanto tempo da procurare la riduzione dell'utero, ammesso che la vescica sia vuotata. Ma Ashwell smentì l'efficacia di questa cura colla posizione soltanto nei casi gravi.

Circa la difficoltà d'introdurre il catetere, che talvolta s'incontra, Ashwell afferma che un lungo catetere flessibile da uomo si può sempre usare senza indugi o sofferenze. Ove fosse impossibile adoperare il catetere sarebbe necessaria la puntura sopra-pubica della vescica. In un caso riferito da Ashwell furono emessi per mezzo del catetere cinque litri e mezzo di urina ammoniacale, l'utero si ridusse, ma dopo cinque giorni seguirono l'aborto e la morte.

Nel vol. xiv delle *Obstetrical Transactions* è ricordato un lavoro del Dr. Phillips « *On Retroflexion of the Uterus as a frequent cause of Abortion* [1] ». Il Dr. Gervis anche comunicò alcuni casi molto istruttivi alla *Obstetrical Society*, ricordati nel vol. xvi. delle *Obstetrical Transactions*. Si può consultare con vantaggio la discussione che tenne dietro alla lettura di questi lavori.

La dislocazione è primaria o secondaria. Sembra che una volta si sia ritenuto che fosse sempre un'alterazione primaria. Il Dr. Tyler Smith fu uno dei primi a dire che la flessione spesso precede la gravidanza. Ora è ben noto che questa opinione è esatta per la

[1] Sulla Retroflessione dell'utero, causa frequente di aborto.

maggior parte dei casi. Ma, d'altra parte, la dislocazione in pochi casi è senza dubbio primaria.

In un capitolo precedente abbiamo parlato della frequenza con cui avvengono gli aborti nei casi di questa malattia (veggasi p. 167).

1. *Casi in cui la flessione precede la gravidanza.* — La storia naturale dei casi quando si manifesta la gravidanza mentre vi è retroflessione è la seguente: — Ordinariamente si sente dolore più o meno accentuato sin dal principio, o vi è una sensazione molesta, una sensazione di prostrazione e di peso ed incapacità a muoversi senza suscitare dolore. Si osserva comunemente la difficoltà della defecazione, dovuta alla pressione del corpo dell'utero sul retto, spesso vi ha nausea, talvolta ad un grado insopportabile. In alcuni casi è il più grave di tutti i sintomi. (La relazione che passa fra la nausea ostinata e la retroflessione dell'utero gravido sarà discussa più tardi). A misura che procede la gravidanza aumenta la gravezza di questi sintomi ed è difficile emettere l'urina, la vescica diviene soggetta a distendersi e può avvenire una ritenzione. Giunto il terzo mese l'utero, essendo di notevole volume, spiega una grande pressione su tutti gli organi e tessuti ad esso vicini. In questa epoca, o prima, in pochi casi la natura viene in soccorso e l'utero si solleva, la rotazione posteriore diminuisce e i sintomi molesti cessano. Ma se le sofferenze dell'inferma non finiscono per l'aiuto della natura, e se la vera specie del caso non è compresa, seguirà una delle due cose — o 1) l'utero manda fuori l'uovo ed avviene l'aborto; o 2) l'utero continua a dilatarsi, quantunque in condizioni sfavorevolmente crescenti. Tutta la pelvi è occupata dall'utero. Il collo è tirato in alto sopra la sinfisi pubica e la vescica si dilata tanto per l'urina ritenuta che può oltrepassare l'ombelico. Aumenta l'intensità di tutti i sintomi. La pressione è estremamente dolorosa, si provano dolori simili alle doglie del parto, il retto è impermeabile, l'urina non esce che a gocce, gli ureteri probabilmente subiscono una dilatazione e così anche le pelvi renali. La nausea può essere incessante, la prostrazione estrema, il polso celere e piccolo e l'irritabilità alternarsi con una grande prostrazione (veggasi il capitolo sul « *Vomito della gravidanza* »). Quando dura questo ultimo stato di cose fino al quinto mese può avvenire la morte per la molteplicità dei mali concomitanti è vi è febbre, polso celere, prostrazione graduale, probabilmente uremia; in alcuni casi può aver luogo la rottura della vescica e la morte. Talvolta si osserva una terza serie di fatti e continuando la dilatazione dell'utero questo penetra nell'addome e in parte diviene realmente organo addominale, ma al tempo stesso resta l'altra porzione nella pelvi. L'utero acquista così una forma anormale curiosa e nel famoso caso riferito dal Dr. Oldhan[1] non av-

---

[1] *Obst. Trans.* vol. i.

venne aborto, ma l'utero continuò a conservare questa forma finchè fu raggiunto il termine della gravidanza.

La rettificazione della posizione, come abbiamo già osservato, talvolta avviene naturalmente e allora in generale ha luogo prima che sia raggiunto il quarto mese. Quanto più grosso è l'utero tanto maggiore è la difficoltà opposta all'elevazione dell'organo grandemente disteso, a causa della sporgenza del promontorio del sacro. Sembra probabile che la grande distensione della vescica, che talvolta non manca, in un momento critico operi da ostacolo alla rettificazione. Questa può avvenire repentinamente o più gradatamente.

Il disturbarsi delle funzioni della vescica è uno dei più gravi effetti prodotti dalla retroflessione dell'utero gravido. La distensione della vescica e l'irritazione della sua mucosa talvolta producono un reale sfaldamento della stessa e pur quando ciò non avvenga la mucosa può essere gravemente danneggiata. Tutta la membrana di rivestimento vien via, talfiata, in un sol pezzo. Quando non si porta rimedio a questo stato la distensione, cominciando nella vescica, si estende agli ureteri e passiona le pelvi renali, producendo in taluni casi una mortale sospensione delle funzioni dei reni. Come ho già detto, qualche volta è avvenuta la rottura della vescica.

Certe particolarità della storia ulteriore debbono essere notate. Così, spesso incontra che quando ha luogo l'aborto questo è incompleto, essendo espulso il feto ma non le membrane. La forma irregolare dell'utero favorisce la ritenzione del sacco inspessito dell'uovo e possono passare alcuni giorni o anche più lungo tempo prima che sia espulso. Può avvenire la setticemia.

Più tardi lo stato dell'utero può peggiorare. Dopo che l'utero ha scacciato il suo contenuto, ma è notevolmente ingrossato e conserva la sua flessione, si arresta il processo d'involuzione e si manifestano molti altri disturbi; sicchè un utero retroflesso che è divenuto gravido ed ha espulso l'uovo è soggetto a flettersi maggiormente e a dare origine, più di prima, ad irritazione. Talvolta osserviamo casi in cui vi è stata una successione di aborti per questa causa ed in ultimo l'utero è divenuto tanto distorto che la gravidanza non è possibile.

2. *La flessione e lo spostamento hanno luogo dopo che è cominciata la gravidanza.*—Un accidente, come una caduta, o il sollevare un gran peso, o uno sforzo continuo di qualunque specie, possono repentinamente produrre retroflessione dell'utero gravido. Vi sono parecchi casi di questo genere, di cui si ricorda bene la storia, nei quali l'utero era apparentemente in uno stato sano primo della gravidanza e dopo si spostò. Lo spostamento può avvenire anche al quarto mese e forse un poco più tardi.

Quando è avvenuto i sintomi ed il corso della malattia sono molto

simili a quelli che si osservano nella prima classe di casi. La differenza principale è che i sintomi ordinariamente si manifestano in modo brusco quando lo spostamento ha luogo dopo che è cominciata la gravidanza.

La *diagnosi* della presenza della retroflessione dell'utero gravido è importantissima, giacchè possono seguire conseguenze gravissime quando non è riconosciuta. La diagnosi non è difficile se si fa un'osservazione accurata. Lo stiramento in alto della bocca dell'utero, dietro al pube, la difficoltà di raggiungerla, il manifesto spostamento

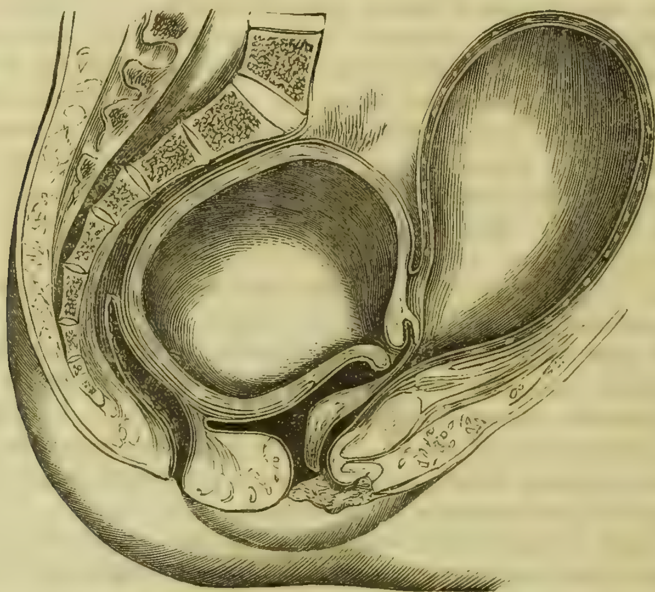


Fig. 118 [1].

in alto della vescica, nella maggior parte dei casi si scovrono facilmente. La presenza di un grosso tumore sovra al pube quando la vescica è distesa facilmente trae in inganno, giacchè spesso si è preso per l'utero gravido in posizione normale. Un'esplorazione vaginale è necessaria ed il tumore rotondeggiante dell'utero dietro la vagina, che si estende in basso, che può star vicino all'entrata della vagina, è di facile valutazione col tatto. La sola difficoltà è di decidere se il tumore così sentito dietro l'utero sia realmente l'utero, giacchè può essere costituito da un ematocele o da un versamento solidificato, dietro una cellulite pelvica o, forse, per una cisti ovarica. L'uso del catetere, naturalmente, chiarirebbe qualsiasi dubbio

[1] La fig. 118 rappresenta l'utero gravido in uno stato di retroflessione a circa quattro mesi.

circa la natura del tumore addominale sentito sopra al pube. È da osservare che il tumore sentito dietro la vagina può stare un pò di lato alla linea mediana, ma quando la gravidanza è più avanzata sta nella linea mediana.

La *cura* non è difficile quando di buon'ora si scovre la malattia. Supponiamo, per esempio, il caso di un' inferma incinta da sei settimane, con utero retroflesso. La cura deve consistere nello spingere gradatamente il fondo dell'utero facendo una pressione da dietro, o coadiuvando la sua ascensione colla sola posizione. Se la retroflessione non è di lunga durata, la cura colla posizione — per esempio, evitando la posizione seduta, prendendo, di quando in quando, quella sui gomiti e sulle ginocchia — può bastare. In generale, però, è meglio applicare un pessario di Hodge. Per questo scopo è migliore un pessario piuttosto grosso del tipo di quello di Alberto Smith. (fig. 59 e 60). Esso, quando è bene applicato, è efficacissimo. Il pessario si porta fino a metà della gravidanza, nella quale epoca si toglie. Nella mia pratica molte volte ho visto che inferme le quali erano sotto una cura per retroflessione sono divenute incinte mentre portavano un pessario della suddetta specie. In tali circostanze ho avuto l'abitudine di non togliere il pessario fino alla metà della gravidanza.

Prendendo un caso in cui la gravidanza è giunta a tre mesi, o un pò più oltre e l'inferma è molto sofferente, e per la prima volta si riconosce la natura di questo caso, la cura è più difficile. Bisogna in primo luogo far vuotare la vescica e rimettere l' utero al suo posto non appena è possibile. Talvolta la riduzione si può fare immediatamente. In altri casi l' utero è divenuto tanto fisso per la tumefazione dei tessuti circonvicini, o è tanto premuto nella pelvi per il suo volume, che, senza spiegare molta forza, una riduzione rapida non è conveniente o anche, è impossibile. Quando lo stato dell'inferma è divenuto davvero critico e i sintomi generali e locali sono avanzatissimi può essere opportuna cosa il rimettere la riduzione a ventiquattro ore dopo usato il catetere. Infatti, sembra che sia pericoloso il fare uscire bruscamente una grande quantità di urina dalla vescica ed *al tempo stesso* tentare l'operazione della riduzione dell'utero, ed il pericolo è relativo all'estrema commozione che può subire l'organismo.

Resta da indicare come si deve eseguire la riduzione. Un metodo consiste nel far mettere l'inferma in posizione delle ginocchia e dei gomiti, aprendo la vagina collo specolo a becco d'anitra e così permettendo all'aria che vi penetri, Il Dr. Mundè [1] riferisce un caso in cui questo metodo riuscì ed in cui la gravidanza era giunta

[1] *Am. Obst. Trans.* vol. ix. p. 292.

ad undici settimane. Lo stesso autore narra di una donna in cui il Dr. Solger di Berlino ebbe un risultato simile a quattro mesi della gravidanza. La manovra è quella suggerita per la prima volta dal Dr. Campbell di Georgia per la riduzione della retroversione (stato non gravido). Questo metodo forse non riuscirebbe se vi fosse grande turgore e compressione dei tessuti adiacenti. Un altro metodo consiste nel situare l'inferma nella stessa posizione (come facevano Denman e Blundell) e poi comprimere l'utero dalla vagina per mezzo delle dita; o, dal retto, si fa la pressione allo stesso modo. Generalmente si è visto che una pressione sostenuta, così fatta, riesce benissimo. Una palla sferica di gomma elastica, introdotta nel retto, e distesa dall'aria costituisce un mezzo per avere una pressione continua in una direzione conveniente ed è un metodo che pure si è trovato buono. Tranne in un caso di natura grave, si può adottare l'uno o l'altro di questi metodi, graduando la pressione secondo le circostanze. Se s'impiega molta forza si corre il pericolo di provocare l'aborto. Nei peggiori casi, in cui la inferma è *in extremis,* e precedentemente riuscirono infruttuose le cure, sarebbe meglio evacuare l'utero tirando in basso la sua bocca col dito, rompendo le membrane e lasciando seguire l'aborto.

Dopo la riduzione dello spostamento si deve introdurre un pessario per impedire una possibile riproduzione dello stesso e si toglierà quando la gravidanza sarà giunta a metà del suo corso. Sono necessarie varie precauzioni nel fare la cura, senza delle quali può mancare l'effetto. Bisogna rigorosamente conservare la posizione orizzontale nella maggior parte dei casi per due o tre settimane dopo fatta la riduzione e sarà di aiuto la posizione delle ginocchia e dei gomiti, durante questo tempo, cinque o sei volte al giorno. Con clisteri quotidiani si manterranno lubriche le intestina. Fra tutte è pessima la posizione seduta; è molto meno nocivo un poco di moto. Circa al pessario che fa d'uopo portare basta rimandare il lettore al capitolo sulla *Retroflessione.* È meglio usare un pessario piuttosto grosso, benchè non assolutamente più ampio di quello che si applica quando l'utero non è gravido.

Ancora non abbiamo esaurito l'argomento. Quando è passata la gravidanza trovasi, frequentemente, che l'utero ha una grande tendenza a ritornare nella posizione retroflessa. In una donna, la quale fu curata da me tempo dietro, lo spostamento si riprodusse non meno di tre volte dopo tre gravidanze successive. Ecco come seguirono i fatti: retroflessione con utero gravido, cura col pessario, a metà della gravidanza fino al suo termine; un mese dopo il parto si trovò che l'utero tornava a retroflettersi, applicazione del pessario, si ripete la gravidanza mentre ancora è applicato lo strumento, si toglie questo a metà della gravidanza, ecc. Questo non è un caso unico e

c' insegna che è necessario essere cauti nella cura consecutiva di tali casi.

ANTIFLESSIONE ED ANTIVERSIONE DELL'UTERO GRAVIDO.

Non vi può essere dubbio che la causa più comune dello aborto è la presenza dell'antiflessione dell'utero. Il risultato delle osservazioni fatte per molti anni mi ha convinto della verità di questa asserzione. Essa ancora non è accettata da tutti i ginecologi perchè i casi di antiflessione dell'utero non gravido spesso son passati inosservati e non furono riconosciuti. Nel capitolo sull' *Antiflessione dell'utero* abbiamo largamente discusso questo punto.

Il seguente caso, riferito da Boivin e Dugès[1] alcuni anni dietro, è molto caratteristico : —

Antiflessione a principio della gravidanza. – Una donna di 24 anni; terza gravidanza, l'ultima delle quali quattro anni dietro; una soltanto giunse a termine. Attualmente si suppone che sia il secondo o terzo mese. In poche settimane la bocca discese più in basso del solito. Il collo uterino giace sulla superficie interna del coccige. Vi era un tumore rotondo alquanto più grosso del volume normale del fondo dell'utero e doloroso quando si comprimeva, situato fra le pareti anteriori della vagina e la vescica. Era il corpo dell'utero diretto orizzontalmente in avanti e curvato ad angolo retto sul collo; anteriormente al punto della flessione vi era un seno profondo in cui penetrava facilmente l'estremità del dito. Esso dipendeva da un'energica contrazione dei tessuti; giacchè spingendo il corpo dell'utero il collo si sollevava insieme ad esso. Il collo non era affatto congesto, ma più lungo del solito, le labbra erano sporgenti, massime l'anteriore e l'orificio era aperto. Dopo poche settimane la gravidanza non fu più dubbia; più tardi si trovò il collo più sollevato, il corpo era ancora inclinato sul collo; era molto diminuita la piega interposta fra essi. Senza dubbio l'antiflessione cessava a misura che il collo, dilatandosi, si accorciava.

Parimenti caratteristico è il seguente caso riferito da Ashwell.

Antiflessione sul principio della gravidanza. — La moglie di un medico, di 36 anni, nel primo mese della gravidanza cadde da una ripida scala, mentre aveva un' estrema costipazione intestinale. Nessuna emorragia, ma sincope per un'ora. Per sei o sette settimane non fu mai libera da una sensazione di peso e rovesciamento in avanti, che rendeva l'urinare frequente e doloroso; la defecazione non migliorò. Era irritabile e febbricitante. Il marito pensò che l'utero fosse retroverso. Alla fine del terzo mese trovai il collo uterino nella sua posizione normale, non così il fondo, che, in forma di un tumore rotondo e solido, giaceva in avanti fra la parete anteriore della vagina e la vescica. La donna lamentavasi di peso alla parte quando il corpo stava curvato. Il collo era allungato , più grosso e più duro del

[1] *Diseases of the Uterus* (translated by Heming, 1834), p. 110.
[2] *Diseases of women.* (1844), p. 596.

solito; la bocca aperta. Misi le dita della mano sinistra dietro al pube, cercando di raggiungere in questo modo il fondo, mentre coll'indice della mia mano destra tentai di tirare il collo in basso ed in avanti. Non vi riuscii e non furono fatti altri tentativi manuali. Le fu ingiunto di stare in posizione sdraiata per un mese. Un esame fatto al sesto mese convinse suo marito che la curvatura era quasi scomparsa e quantunque durante la gravidanza non fu mai perfettamente libera da sofferenze, partorì senza difficoltà e si rimise notevolmente bene.

Vi sono due classi di casi — 1) Quelli in cui l'utero era in uno stato normale quando cominciò la gravidanza, e 2) quelli in cui l' utero era antiflesso prima che cominciasse la gravidanza.

1. *Antiflessione che ha luogo dopo cominciata la gravidanza.*— Essa non è così frequente come quella nominata quì appresso, ma non è rara. Una scossa brusca, o un colpo, o una caduta, o uno sforzo prolungato di qualsiasi specie, possono spostare anteriormente l'utero gravido. Un accidente grave abbastanza da produrre tal risultato molto spesso dà origine all'altra conseguenza della provocazione dell'aborto ; ma in alcuni casi l'aborto non avviene nell'epoca dell'accidente ; la donna si ammala ed a misura che la gravidanza progredisce ella peggiora e molto probabilmente segue un aborto un mese o due più tardi, o, in circostanze favorevoli, la gravidanza finisce nel momento fisiologico.

2. *L'antiflessione precede la gravidanza.* — Quando l'utero antiflesso diviene gravido, frequentemente incontra che esso sia capace di dilatarsi e salire oltre la pelvi e così la gravidanza procede, a principio con maggiore o minore difficoltà, ma più tardi senza di questa. L'ostacolo all'elevazione dell'utero col progredire della dilatazione è minore di quello prodotto quando l' utero è retroflesso. Prendendo cento casi alla rinfusa di antiflessione e cento di retroflessione, si può prevedere che certamente l'aborto avverrà più spesso nella seconda classe di casi che nella prima. Il promontorio del sacro si oppone alla riduzione dell'utero gravido retroflesso, ma la sinfisi pubica non sporge tanto da impedire l'elevazione dell'utero gravido antiflesso. Perciò l' aborto nei casi di antiflessione non è così frequente come in quelli di retroflessione. Pertanto, circa la frequenza *assoluta* degli aborti, l' antiflessione sta innanzi alla retroflessione. L'incarceramento assoluto dell'utero gravido, per le ragioni suddette, non è così facile ad avvenire nell'antiflessione come nella retroflessione dell'utero gravido. Nondimeno talvolta ha luogo. Quando avviene l'incarceramento per lo più è limitato ad un sol periodo, poichè o l'utero 1) si alza fin oltre la pelvi, o 2) scaccia il suo contenuto ed in amendue i casi la donna prova un sollievo. È rarissimo l'incarceramento mortale, che può avvenire nella retroflessione. Ulrich, però, ne ricorda un notevole esempio. Nel capitolo sul *Vomito della*

gravidanza lo riferiremo in esteso. In questo caso si scovrì l'irregolarità durante la vita, ma non riuscirono i tentativi per modificare la posizione dell'utero. L'utero allora giace *obliquamente* attraverso la pelvi. Questa posizione obbliqua sembra che possa seguire a misura che la gravidanza procede, mostrandosi più lungo il diametro obbliquo che l'antero-posteriore e perciò vi è maggiore spazio nella posizione obbliqua.

Ecco quale è la storia di molti casi: L'utero è antiflesso al primo o secondo grado e si ha rotazione anteriore di primo grado. Avviene la gravidanza. Si osserva un insolito grado di nausea quasi dal momento in cui essa comincia. L'urinare è molto frequente. Il camminare e lo stare a sedere aggravano entrambi questi ultimi sintomi. L'inferma sta più o meno a disagio sotto altri aspetti. Questo stato dura fino alla metà del terzo mese. Allora i sintomi si modificano, o migliorano o si aggravano molto. Se migliorano significa che è cessata la flessione dell'utero, l'organo si dilata con maggiore facilità e si eleva oltre la pelvi. Se, al contrario, i sintomi si aggravano, vi è incarceramento. Esso forse è soltanto temporaneo; dopo pochi giorni la dilatazione si compie e l'utero si eleva.

In un'altra serie di casi le cose seguono così: L'utero è stato antiflesso per qualche tempo. È duro, rigido e di solida struttura. Avviene la gravidanza. Subito si sente un forte dolore; la nausea è molto molesta, ed anche il frequente urinare. L'inferma continua a muoversi; l'utero non è tenuto in riposo; dopo circa due mesi ha luogo l'aborto.

In alcuni casi l'inferma di quando in quando perde sangue, ciò che spesso è un'indicazione di minacciante aborto, ma non sempre.

Da tre cause dipende la difficoltà nei casi sopra descritti — 1) Lo stato duro, contratto dei tessuti uterini (nei casi cronici). 2) La pressione in basso dei visceri addominali. Quando questi due fatti si accompagnano con maggior probabilità si può osservare un effetto sfavorevole. L'esperienza mostra che mentre in molti casi — possiamo dire nella maggior parte — l'allontanamento definitivo dell'ultima causa di difficoltà, tenendo l'inferma assolutamente nella posizione orizzontale, riesce ad evitare un minacciante aborto, ve ne sono altri in cui questa precauzione sola non basta. 3) Un'altra causa di difficoltà in alcuni casi è l'effusione edematosa intorno all'utero.

Quanto alla questione generale della frequenza dell'antiflessione o dell'antiversione dell'utero gravido, posso dire che io per il primo mi convinsi della sua importanza nel curare un caso capitato sotto la mia osservazione diciotto anni dietro, in cui una signora, la quale anteriormente era stata curata da me per spostamento anteriore, divenne incinta e subito dopo incominciato il terzo mese presentò tutti i sintomi suddescritti. L'utero era incarcerato nella pelvi, vi

era notevole gonfiore edematoso delle parti circondanti la vulva e l'utero era spinto in basso dietro la sinfisi pubica. La posizione orizzontale, mantenuta per una settimana o dieci giorni, fece diminuire i sintomi e la gravidanza continuò fino a circa otto mesi, nella quale epoca la inferma partorì un bambino morto. Questo caso fu il primo di questa specie che io ho osservato, ma da quell'epoca ho avuto molte opportunità di ripetere l'osservazione ed ho attentamente studiato, sempre che è stato possibile, il modo di comportarsi dell'utero nei casi di antiflessione in cui l'inferma era divenuta incinta. Avendo così scrupolosamente seguito il corso dei casi di antiflessione o antiversione, avendo curato molti di tali casi ed avendo avuto l'opportunità, molte volte, di osservare il suddetto corso durante la gravidanza e dopo, mi sono convinto dell'estrema importanza dell'antiflessione quale causa di aborto ed ho imparato utilissime cose circa i mezzi per prevenirlo.

DIAGNOSI.

Questa presenta poche difficoltà. Ordinariamente si conosce la donna mentre è incinta. Il dolore e la molestia, non che la nausea, annunziano che la gravidanza non procede normalmente. Se non si fa un'esplorazione è difficile dire se vi ha retroflessione o antiflessione. La posizione della bocca dell'utero, molto indietro, e la presenza di un grosso tumore resistente (il corpo dell'utero antiflesso) sentito attraverso la volta vaginale, indicano la natura del caso. Il tumore uterino è rotondo, elastico, generalmente simmetrico e per lo più sta nella linea mediana; ma a misura che l'utero aumenta di volume occupa una posizione obliqua in uno dei diametri obliqui della pelvi. Questa posizione obliqua si osservava nel caso seguito da morte di Ulrich ed io l'ho osservata due volte. Un caso di gravidanza extrauterina potrebbe presentare sintomi alquanto simili, ma il tumore che contiene il feto probabilmente sarebbe unilaterale. Bisogna ricordare che nell'ordinaria gravidanza normale il corpo dell'utero, alla fine di due mesi, si sentirebbe piuttosto facilmente col dito, attraverso la volta della vagina, ma, come è naturale, non sarebbe spinto in basso dietro e vicino la sinfisi pubica. Vi è un sensibile intervallo fra l'utero e le ossa pubiche quando l'utero gravido è in uno stato normale alla fine di due mesi.

Nel capitolo sull'*Antiflessione e l'Antiversione* abbiamo dato le statistiche relative alla frequenza degli aborti dipendenti da questo stato dell'utero. La ripetizione degli aborti è un fenomeno notevole — l'aborto può avvenire quattro o cinque volte consecutive. Il cessare della ripetizione degli aborti, curando l'antiflessione, è uno dei molti argomenti che si possono addurre in favore dell'opinione sopra espressa.

Un importantissimo fenomeno nei casi di antiflessione con gravidanza è la grandissima frequenza della nausea ostinata in queste circostanze. Quasi con certezza si può predire che se un' inferma afflitta da antiflessione diviene incinta, soffrirà molto per la nausea



Fig. 119 [1].

durante la prima parte della gravidanza. Di tratto in tratto osserviamo donne le quali hanno il cosiddetto vomito incoercibile della gravidanza. In generale questi sono casi dello stesso genere di quelli cui quì si allude, cioè casi di grave antiflessione associati a gravidanza. Non sempre si tratta di antiflessione, poichè talvolta vi è retroflessione.

[1] La fig. 119 rappresenta l'antiflessione dell'utero gravido a circa quattro mesi di gravidanza.

Il significato speciale della nausea in rapporto alla gravidanza sarà pienamente discusso nel capitolo seguente.

Possiamo dire che un altro risultato connesso all'aborto è la *ritenzione dell'uovo nell'utero* dopo la sua morte. Per esempio, un'inferma ha aborto dovuto all'antiflessione; l'uovo muore e l'inferma perde forse una grande quantità di sangue. In un certo numero di questi casi l'uovo rimarrà nell'utero per un considerevole numero di giorni e la causa per cui non vien fuori è la forma del canale, la quale glielo impedisce. Se non si prendono le misure opportune passeranno parecchi giorni prima che esca fuori dell'utero. La difficoltà è prodotta dallo stato acutamente flesso dell'organo e la conoscenza di questo fatto è il segreto del successo nella cura di tali casi di ritenzione dell'uovo. La cavità dell'utero si può notevolmente distendere per sangue o coaguli, come si vede nella figura 120.



Fig. 120 [1].

In questi casi di aborto, se l'uovo è ritenuto, un altro frequente risultato è che diviene putrido e dà origine ad un'emissione di cattivo odore che può continuare per qualche tempo. Quando, però, l'utero è artificialmente raddrizzato, l'uovo, in generale, è emesso con facilità e lo scolo di cattivo odore cessa. Tale ritenzione di parte dell'uovo può avvenire del pari nell'antiflessione e retroflessione dell'utero gravido. Quanto alla importanza del rapporto che passa fra la ritenzione dell'uovo negli aborti precoci e le flessioni, non esito a dire che, da quando la mia attenzione è stata rivolta al meccanismo di questi fatti, non ho visto un sol caso in cui il rapporto suddetto non è stato evidentissimo. La difficoltà nel far migliorare lo stato dell'inferma e procurare una fine delle sue varie molestie cessò adottando le misure di raddrizzamento del canale e permettendo così all'utero di spiegare con vantaggio la sua forza espulsiva sul suo contenuto.

CURA.

Nei casi semplici, in cui i sintomi non sono gravi e la donna non

[1] La fig. 120 rappresenta lo stato dell'utero quando è disteso da un uovo ritenuto o da coaguli in un caso di antiflessione.

ha avuto aborto, forse basterà la seguente cura: bisogna ingiungere all'inferma di evitare qualunque sforzo esagerato fino a che non passa il quarto mese; ella deve evitare la posizione seduta sempre che può; il moto in vettura è permesso soltanto in posizione sdraiata; son da preferire le brevi passeggiate; in generale l'inferma userà una sedia con spalliera molto inclinata, o il sofà; sull'addome non porterà nulla che le stia stretto; la funzione dello intestino sarà accuratamente regolata in modo da evitare qualsiasi sforzo.

Nei casi più gravi l'inferma deve subito mettersi a letto per fruire del vantaggio di un perfetto riposo nella posizione orizzontale. Se i sintomi non diminuiranno molto presto — per esempio in uno o due giorni — può essere necessario che si mantenga il corpo dell'utero elevato. Il miglior modo per raggiungere questo intento è l'introduzione nella vagina di un pessario sferico ad aria, che abbia il diametro di circa un pollice e tre quarti, e la sua distensione fino a che raggiunga il diametro di due pollici. Questo pessario si può lasciare applicato per ventiquattro ore e poi si può togliere per riapplicarlo ove sia necessario. A coadiuvare l'elevazione dell'utero si può mettere un guanciale sotto la pelvi per un'ora la volta, tenendo soltanto il capo leggermente sollevato. Io spesso ho usato un pessario a sella nei casi gravi di antiflessione dell'utero gravido, allontanandolo quando la gravidanza ha raggiunto la fine del quarto mese. In parecchi casi, essendo stato usato questo strumento come rimedio dell'antiflessione, l'inferma continuò a portarlo senza interruzione fino alla fine del quarto mese; ma io non credo che in tali inferme debbasi adoperare a caso il pessario a sella o da qualcuno che non è abituato ad applicarlo.

Ritengo la sopra descritta cura colla posizione essenzialissima in questi casi. Un' importantissima prova della esattezza delle spiegazione della nausea grave nella gravidanza è costituita dal successo di questa cura colla posizione, giacchè ricordo molte donne in cui la nausea cessò quasi subito con questa semplice e sola cura.

Ci resta ad accuparci di una gravissima classe di casi, cioè di quelli in cui lo stato dell'inferma è critico per il protratto ed infrenabile vomito. Questi casi si presentano, quasi (ma non assolutamente) senza eccezione, appunto prima della metà della gravidanza. In questa classe di casi si è creduto giusto talvolta di provocare l'aborto per salvare la vita dell'inferma. Il Dr. Copeman di Norwich, nell'anno 1875, fece un'osservazione in una donna che lo indusse a concludere che dilatando il canale cervicale dell'utero la nausea cessa. Egli avea dilatato il canale per preparare la parte all'evacuazione dell'utero, ma il giorno seguente alla dilatazione, essendo cessata la nausea, non fu necessario di compiere l'operazione propostasi e l'inferma non soffrì più nausea. Ripetette l'operazione in altri casi con pari risultato, trovando così, come egli credeva, un importante ed efficace

mezzo per far cessare il vomito in questi casi pericolosi. Una relazione più particolareggiata ad essi relativa e delle conclusioni da trarre si troverà nel capitolo seguente.

Una lettura delle particolarità dei suoi casi (veggasi il seguente capitolo) manterrà, credo, la credenza che in essi trattavasi di antiflessione dell'utero, talvolta congiunta a notevolissima rigidità del collo ed a grande resistenza e solidità degli elementi che circondano la bocca interna dell'utero; in altre parole che l'utero era o accentuatamente antiflesso, o che vi era ipertrofia e contrazione, conseguenze di precedente flessione.

Il successo del metodo, che lo stesso Dr. Copeman non tentò di spiegare, si deve interpretrare nel seguente modo; 1) Ordinariamente sono casi di antiflessione, in cui la bocca sta molto in dietro ed il corpo molto in basso dietro la sinfisi pubica. Ora è impossile introdurre il dito — e qualunque agente dilatante — nel canale cervicale senza trarre in avanti la bocca dell'utero; del pari è impossibile tirare innanzi la bocca dell'utero senza, al tempo stesso, togliere l'organo dalla sua posizione anormale; in altre parole, il metodo di dilatazione del canale aveva fra i suoi effetti la rettificazione della posizione dell'utero. 2) La dilatazione reale del canale uterino. Questa dilatazione , quando il collo è contratto ed indurito per pregressa malattia, rallenta la tensione delle parti e, infatti, artificialmente fa ciò che l'utero tentò indarno di fare prima da se. L'esperienza ha mostrato (veggansi i casi riferiti nel capitolo seguente) che questo stato di cose si può trovare in certi casi, i quali, forse quasi sempre saranno casi in cui ci è stata precedentemente notevole flessione ed in cui, per lo più, vi sono state gravidanze.

Quando vi ha antiflessione dell'utero gravido si ponno incontrare due specie di difficoltà: 1) la posizione dell'utero non può essere rettificata, o 2) il collo è molto duro , inspessito ed ipertrofizzato. Queste due difficoltà si possono incontrare contemporaneamente o sole, l'una senza l'altra. Il caso di Ulrich, riferito nel capitolo seguente è un esempio del primo genere di difficoltà; un esempio del secondo è un caso riferito da Fry. Quando l'inferma è in uno stato critico, si può ritenere che una o entrambe le difficoltà, suddescritte, sono presenti ed è necessaria una cura meccanica.

1. Liberazione dell'utero. La pressione applicata attentamente difficilmente non riuscirà ad elevare l'utero e quando è stato impossibile ottenere questo scopo non fu tentata la pressione per mezzo di un pessario elastico pieno di aria o di acqua.

Bisogna prevedere che, in taluni casi, possono essere necessarii uno o due giorni, o più per avvenire la riduzione, aumentandosi gradatamente la pressione di quando in quando.

2. Insieme alla rettificazione della posizione dell'utero, o separa-

tamente, o dopo, secondo indicheranno le circostanze, può essere necessaria la dilatazione del collo. I migliori mezzi per compierla saranno descritti nel prossimo capitolo, sulla *Cura del vomito della gravidanza.*

Nella mia pratica, soltanto una volta ho avuto l'occasione di usare la dilatazione del collo in un caso in cui la rettificazione pura e semplice non fece cessare la nausea. In questo caso l'utero era durissimo e quasi cartilagineo e la nausea continuò nonostante la rettificazione dell'antiflessione. In questo caso adottai il metodo della dilatazione del Dr. Copeman e trovai i tessuti che circondano la bocca interna molto resistenti e la dilatazione si ottenne con immensa difficoltà. La nausea cessò, ma seguì l'aborto.

Cura consecutiva

È necessario confessare che , quando l'aborto è avvenuto per l'antiflessione dell'utero, la malattia molto probabilmente si aggraverà dopo, se non si prendono misure di precauzione. L'inferma deve stare in posizione orizzontale per alcuni giorni dopo l'aborto e bisogna adottare quei provvedimenti che valgono a promuovere l'involuzione dell'utero in una maniera sodisfacente. Se non vi si bada, l'utero, indurendosi e contraendosi, può facilmente flettersi peggio di prima ed una ripetizione di aborti produce ipertrofia cronica ed esagerazione della flessione e gli altri ordinarii effetti di queste complicazioni. Pochi giorni dopo avvenuto l'aborto, prima che l'utero si sia solidamente contratto, è un momento molto opportuno di dare all'organo una forma migliore ed allora, spesso, si può adoperare, con grande vantaggio, un pessario.

CAPITOLO XXVIII.

VOMITO DELLA GRAVIDANZA.

Spiegazione dell'Autore e lavoro su questo argomento del 1871.
Vomito grave o pericoloso nella gravidanza.—Studio storico e critico con un sommario delle osservazioni ricordate da altri — Relazione dei casi pubblicati — Casi del Dr. Copeman: spiegazione degli stessi — Casi osservati dall' Autore — Osservazioni di Aubert sull' influenza dei movimenti dell'utero nel produrre nausea — Riassunto generale.
Cura del vomito della gravidanza.

L'argomento trattato in questo capitolo per lo più trovasi discusso nelle opere di ostetricia, ma lo stretto rapporto che passa fra la distorsione dell'utero e la manifestazione del vomito grave nella gravidanza giustifica la sua trattazione dopo il capitolo precedente nel quale ci siamo occupati della concomitanza delle flessioni dell'utero colla gravidanza.

In un lavoro presentato all'*Obstetrical Society* di Londra, 1871 [1] io detti una spiegazione della causa del vomito della gravidanza. Ecco un sommario del lavoro suddetto:

La nausea ed il vomito si accompagnano alla gravidanza; questi stessi sintomi si accompagnano a malattie dell'utero. Entrambe queste due proposizioni sono vere; ma la nausea ed il vomito non *sempre* si osservano nei casi di gravidanza, nè sempre accompagnano malattie uterine.

Abbracciando la questione sotto un largo aspetto è evidentissimo che lo stato (qualunque possa essere), che dà origine alla nausea ed al vomito nei casi di malattie uterine, è *probabilmente* la causa del sintoma nel più comune caso di gravidanza.

Senza dubbio, l'accidentale ostinatezza del sintoma, la sua accidentale gravezza, ecc., son fenomeni che si osservano del pari nei due casi di gravidanza e di malattia uterina; ed è, infatti, impossibile occuparsi dell'una separatamente dall'altra. Per certo è ragionevole cosa concludere che la causa nei due casi è pressocchè

---

[1] *Obst. Trans.* vol. xiii.: « The Vomiting of Pregnancy: its Causes and Treatment ».

simile. Un attento paragone dei fenomeni osservati nei due casi ed un profondo studio dei fatti clinici, s' illuminano a vicenda.

Avendo tanto frequentemente osservato una grave nausea nei casi di flessione dell'utero in cui non vi era gravidanza, seguendo la storia di tali casi e notando un'accentuatissima nausea durante la gravidanza nei suddetti casi, venni alla conclusione che la flessione dell'utero è lo stato il quale dà origine alla grave nausea nella gravidanza. Attentamente verificando l'esattezza di questa conclusione coll'osservazione dei casi, m'indussi a stabilire la teoria che la nausea nella gravidanza dipende dagli effetti combinati della crescente distensione dell'utero e da una concomitante flessione dell'organo. I fatti mi portano a concludere che, nei casi di flessione, la compressione subita dai tessuti uterini (massime dalle fibre nervose) nella sede della flessione sia la causa della nausea, tanto nella gravidanza quanto nello stato non gravido.

Nello stato non gravido il vomito e la nausea sembra che sieno sostenuti dalla compressione dei tessuti (nervi) uterini nel sito della flessione, essendo la compressione una conseguenza necessaria della permanenza della flessione, mentre in alcuni casi possono essere sostenuti dalla pressione di un materiale essudato indurito intorno ai filamenti nervosi che trovansi nel sito della flessione.

I fenomeni osservati si prestano alla spiegazione secondo la quale la nausea ed il vomito, nei casi ordinarii, dipendono da una temporanea e leggiera flessione dell'utero. È un fatto che l'inferma generalmente prova il suddetto sintoma nell'alzarsi da letto la mattina, o nel vestirsi. Perchè ciò? Non n' è causa la caduta del corpo dell'utero un poco in basso grazie alla legge di gravità, producendo così una leggiera flessione e compressione dei tessuti uterini nella sede della flessione? Durante i primi tre mesi e mezzo la flessione temporanea è possibile, perchè l'utero è ancora nella pelvi. In generale, dopo trascorsa questa epoca si eleva nella pelvi e non è più possibile che una flessione molto leggiera. Non è vero che, per lo più, la possibilità della nausea e del vomito cessa appunto in questo periodo? Oltre a ciò, tutti coloro che ne fanno l'esperimento possono accertare che, negli ordinarii casi leggieri di nausea e di vomito, ordinando all'inferma di restare in posizione assolutamente orizzontale l'incomodo cessa.

Dall'epoca della pubblicazione del mio lavoro originale, cioè dal 1871, mi sono occupato molto di questo argomento e varii osservatori hanno notato molti nuovi fatti. Ora mi propongo di studiarlo nel suo attuale sviluppo, riferendo i principali casi addotti in suo favore.

L'importanza principale si connette a quei casi in cui il vomito mette seriamente in pericolo la vita e perciò è a desiderare che sieno studiati con attenzione i fatti ad essi relativi.

VOMITO GRAVE O PERICOLOSO NELLA GRAVIDANZA.

Da tempi immemorabili si è notata la tendenza alla nausea ed al vomito nella gravidanza, anzi la nausea è stata ritenuta quale segno di gravidanza. In forma mite la nausea ed il vomito sono piuttosto comuni nei primi mesi della gravidanza; ma siccome si presentano molti casi in cui questo sintoma manca assolutamente, non si può ritenere come segno essenziale della stessa. Ordinariamente, il grado di nausea o di vomito osservati non è grave, solo produce molestia ; ma in pochi casi è gravissimo ed è pericoloso all'inferma, 1) per l'effetto esauriente degli sforzi ripetuti di vomito e 2) per l'inanizione cui dà luogo. I casi pericolosi sono quelli in cui il vomito è ripetuto ed invincibile ed in cui dura per settimane o mesi.

Mentre, perciò, d'ordinario la nausea della gravidanza non merita una seria attenzione, i casi eccezionali sopra detti, nei quali il sintoma è tanto grave da mettere in pericolo la vita, sono stati molto studiati, giacchè non poche volte realmente è avvenuta la morte in seguito al vomito grave ed infrenabile.

Quanto ai casi molto gravi di vomito nella gravidanza è necessario stabilire, in primo luogo, che per lo più le osservazioni necroscopiche hanno sparso poca luce sulla causa del vomito esagerato che ha ucciso l' inferma. Alcune rare volte si sono trovate lesioni di altri organi, che fino ad un certo punto davano ragione della nausea; talvolta l'utero era in uno stato anormale, ma nella maggior parte dei casi non si è trovata nessuna lesione.

Un buon resoconto dei casi pubblicati fu dato da Anquetin nel 1865 [1]. Più recentemente [2] il Dr. McClintock ha scritto un lavoro in cui riassume i principali casi relativi a questo argomento.

1. È stato mostrato che in alcuni dei pochi casi funesti nei quali sono state fatte le autopsie la nausea mortale era stata *probabilmente prodotta dalla lesione di qualche altro organo, ma non dell'utero.*

In questa categoria possiamo notare. — Un caso di Valleix nel quale fu trovata gastrite cronica (Domandiamo: — La gastrite fu l'effetto del vomito?); un caso di Taurin di arrossimento e rammollimento dello stomaco; casi di Dubois, di Chomel e di Sandras dello stesso genere ; un caso di Depaul in cui all'autopsia si trovò cancro del piloro; un caso di Pipelet, di ernia epigastrica; un caso di Lanceraux, in cui fu eseguita l'operazione cesarea e dopo morte si trovarono atrofia muscolare e dei tessuti cellulo-adiposi; un caso di Trousseau nel quale alla necroscopia si trovò indurimento scirroso vicino al piloro; un caso di Schutbach, in cui dopo morte si trovò un tumore grande quanto un uovo, presso al piloro,

[1] *Rev. Méd.* (1865), pp. 205, *et seq.*
[2] *Dubl. Med. Journ.*, May 1873.

in uno stato di ulcerazione (questi casi sono citati da Anquetin). Oltre ai suddetti Anquetin ricorda casi di tubercolosi pulmonare (Schilachigla), cerebrale (Rayer e Depaul), alterazioni delle glandole mesenteriche (Sandras), delle glandole dell'epigastrio (Blot), degenerazione grassa del fegato (Chomel), calcoli biliari (Taurin), arrossimento dei gangli semilunari del plesso solare (Lobstein), congestione delle meningi (Sandras). Burns[1] dà un caso in cui si trovò un calcolo biliare, Robert Lee[2] dà un caso nel quale prima che si manifestasse il vomito vi furono bronchite e febbre.

2. Ora passiamo ai casi in cui *nell'utero fu trovata all'autopsia qualche cosa di anormale.*

Dance[3] osservò due casi funesti. – I. Nel primo la morte avvenne dopo sei settimane; si trovò pus fra l'utero e la placenta e concrezioni pseudo-membranose fra l'utero e la decidua; II. nel secondo la morte seguì dopo dodici settimane; si trovò che l'utero cominciava ad elevarsi nella pelvi; le sue pareti avevano appena la spessezza di una linea e mezza, erano esageratamente molli, ingorgate profondamente e di colore rosso violetto. III. Chomel in un caso trovò pus sulla faccia esterna della decidua.

3. Un'altra categoria di casi è quella in cui, *in vita, fu scoverto un certo stato anormale dell'utero.* Io ho raccolto un numero considerevole di casi, le cui particolarità riferisco qui appresso, e che stanno in favore della mia opinione; probabilmente, però, ve ne sono altri che mi sono sfuggiti. Uno dei più importanti è il seguente:—

I. *Caso di vomito nella gravidanza cagionato da retroversione dell'utero.* — Brian[4] ricorda un importantissimo caso, della cui storia sono debitore al Dr. Barnes; eccola in breve: X, di 25 anni. Prima gravidanza sei anni dietro terminata normalmente, la seconda, tre anni dietro, finì pure normalmente, ma vi furono un pò di nausea e lievi dolori. Subito dopo ristabilitasi la incolse un accidente, cadde da una vettura e si spaventò molto. Si manifestò allora la leucorrea e continuò; ebbe anche disturbi digestivi. La terza gravidanza cominciò nel Marzo 1856. Il vomito si manifestò nel seguente mese ed aumentò di forza. Maggio lo passò a letto. Si osservarono gastralgia, costipazione, sete inestinguibile, non era ritenuta nessuna specie di alimento, e vi furono anche spasmi clonici degli arti, esaurimento e depressione gravi, insonnio. Il 2 Maggio fu visitata per la prima volta da Brian, a cui si ricorse per procurare l'aborto. Allora nulla fu fatto, ma il Professore Moreau vide l'inferma e disse che il vomito sarebbe cessato se si fosse fatto elevare l'utero fuori della pelvi. La inferma passò sotto altre cure. Il 9 Giugno di nuovo fu chiamato Brian, lo stato dell'inferma era molto aggravato; egli insistette sovra un'attenta osservazione. Non si sentiva nessun tumore addominale, come avrebbe facilmente fatto supporre l'emaciazione dell'inferma. Il 4 Giugno la rivide il Professore Moreau e

[1] *Midwifery*, p. 265.
[2] *Clin. Med.* p. 107.
[3] *Répert. Gén. d' Anat. et de Physiolog.*
[4] *Gaz. Hebdomad.*, July 18, 1856.

coll'esplorazione vaginale scovrì una retroversione incompleta, il fondo stava situato profondamente nella cavità della pelvi. Egli accertò che l'utero era imprigionato nella escavazione del sacro e limitava da tutti i lati con un *cul-di-sacco* osseo, non potendo elevarsi oltre il promontorio sacrale. Non appena osservò questi fatti con un'abile manovra svincolò il fondo dell'utero dalla sua posizione anormale, facendolo ascendere e portandolo così nell'asse longitudinale dell'addome. » Dopo questa operazione l'inferma s'intese immediatamente migliorata, il vomito cessò e si ristabilì perfettamente.

II. Stolz ricorda un caso in cui l'utero era retroverso e l'esagerato vomito si sospendeva riponendo l'utero. Infine fu provocato l'aborto.

III. In un caso di Depaul, al settimo mese, si trovò completamente obliterata la bocca interna dell'utero. Si fecero alcune incisioni ed il bambino nacque vivo.

IV. Clay [1] narra un caso di sesta gravidanza, all'età di 40 anni ed al settimo mese. Egli stabilì di provocare l'aborto. Introducendo il dito trovò il collo uterino così sensibile che il più lieve contatto provocava il vomito. Egli determinò di sperimentare gli effetti del riposo. L'inferma fu tenuta a letto e dopo ventiquattro ore potette mangiare. La continuazione della cura col riposo produsse una perfetta guarigione.

Il seguente caso, narrato da Ulrich [2] è importantissimo. Sono debitore al Dr. Barnes delle notizie che vi si riferiscono. Io lo riporto in esteso, essendo il primo caso ricordato di questo genere: —

V. *Antiflessione dell'utero gravido*: *nausea grave*; *morte*. — La Signora Freudenburg, di trentaquattro anni, era stata bene e regolarmente mestruata fino al giorno del suo matrimonio. 1 Aprile. D'allora il coito cagionava ogni volta una sensazione dolorosa nell'addome, che subito divenne tanto forte che in ultimo si oppose a qualunque tentativo di coito da parte del marito. Il 30 Aprile si mostrò come al solito la mestruazione; durante il mese di Maggio continuò nel suo solito stato di salute. Alla fine di Maggio la mestruazione non venne. Il 1 Giugno, senza sentirsi male, fu attaccata da vomito frequente. A principio vomitava solo una parte del cibo preso, ma ben presto il male aumentò a tal punto che vomitava tutto, solidi e liquidi e quando lo stomaco era vuoto restava per lungo tempo una sensazione di nausea. In questo periodo fu anche colta da dolori all'epigastrio che giunsero a presentarsi in forma di parossismi acuti. Per consiglio del medico furono applicate mignatte e vescicanti all'epigastrio ed internamente furono amministrate tutte le specie di narcotici e di antispasmodici, senza frutto. L'inferma vomitava tutti i giorni e i dolori le tolsero il riposo della notte e la resero debole e nervosa. L'8 Luglio si risolse di domandare aiuto al *St. Hedwig's Hospital*. Quando vi entrò il suo stato era il seguente: debolezza scheletrica, muscoli rilasciati e flosci, atrofia del grasso sottocutaneo, sul davanti del corpo parecchie macchie pigmentarie disseminate, polso sempre piccolo e frequente, nessuna sensibilità degli organi sottostanti facendo pressione sull'addome; facendo l'esplorazione vaginale fino al labbro posteriore, che raggiungevasi con difficoltà, potevasi sentire la bocca rotonda e con superficie liscia, nella porzione posteriore sinistra della pelvi. Il corpo

[1] *Ibid.* 1857.
[2] *Monatsschrift für Geburtsk.* 1858.

dell'utero ingrandito e ripiegato potevasi sentire dietro la branca orizzontale destra del pube. Con una pressione dolce fatta per mezzo dell'altra mano attraverso la parete addominale, si sentiva l'utero notevolmente antiflesso. La posizione della flessione si poteva chiaramente sentire ; attraverso la volta della vagina. Le mammelle erano ingrossate e le areole più scure. La mestruazione era cessata dalla fine di Aprile. Durante il primo giorno della sua dimora all'ospedale l'inferma stette al letto piegata su stessa; era tormentata da nausea e vomito continui, qualunque cibo era vomitato non appena ingoiato e dallo stomaco vuoto venivano fuori grandi quantità di muco tenace; impossibili erano il riposo e la tranquillità per la perdita completa del sonno, per la sete inestinguibile e per la costipazione ostinata. La diagnosi fu: astenia da vomito della gravidanza, ma la falsa posizione dell'utero deve essere ritenuta quale causa essenziale dei suoi mali e la sua ulteriore dilatazione dovrebbe rendere peggiore lo stato delle cose e produrre più forte irritazione dei nervi uterini; perciò bisogna fare un tentativo manuale per rimettere al suo posto l'utero. Si fecero molti tentativi, ma riuscirono tutti infruttuosi, a misura che le forze dell'inferma si esaurivano aumentava l'indicazione di provocare l'aborto. Non pertanto non mi risolsi a procurarlo finchè non feci un ultimo tentativo coi varii, ben noti, rimedii interni, di cui il più raccomandato è la tintura di iodo. Coll'assenso di suo marito, come ultimo mezzo, furono amministrate quotidianamente tre a quattro gocce di tintura di iodo. Dopo quaranta ore di questa cura la ripugnanza dell'inferma alla medicina divenne tale che soltanto con ripetute insistenze s'indusse a continuarla. Siccome tutto fu inutile, il 24 Luglio, col consenso del marito, fu fatto un tentativo per introdurre la sonda uterina, ma non si riuscì e si ripetette il tentativo dopo due giorni: la non riuscita dipese in parte dagl'incessanti movimenti della inferma ed in parte dalla posizione alta del collo dell'utero; la sonda poteva penetrare soltanto nel collo uterino.

Feci un terzo tentativo il 31 Luglio, in consulto col Dr. Brandt, e giunsi finalmente ad introdurre la sonda fino al punto della flessione ; sarebbe stato impossibile spingerla più in là per il pericolo di ferire l'ammalata. Sfortunatamente, in quella epoca le sue forze erano tanto esaurite, che anche nel caso di completo vuotamento dell'utero si avrebbe forse dovuto attendere un esito sfavorevole. Fino al 2 Agosto pochi cangiamenti avvennero nello stato dell'inferma; poi il vomito cessò repentinamente, mentre al tempo stesso alternavasi con una profonda sonnolenza, le pupille erano fisse e dilatate e si manifestò uno strabismo convergente , prodotto dalla paralisi del retto esterno. Il 4 Agosto morì.

Dopo l' ultima introduzione della sonda non era stata fatta nessun' altra esplorazione vaginale. Nel disporre il cadavere per l'autopsia, ventiquattro ore dopo la morte, il feto cadde fuori della vagina ; la placenta restò nella bocca dell'utero e fu estratta con leggiere trazioni sul cordone ombelicale. L'autopsia rivelò le seguenti cose: Alla superficie degli emisferi, sotto dell'aracnoide, vi era un piccolo numero di essudati sierosi simiglianti a gelatina senza macchie sanguigne, la sostanza cerebrale era straordinariamente anemica ; alla base del cervello, intorno all'origine del sesto nervo, non si vedeva nulla di anormale. Gli organi toracici erano sani, i polmoni notevolmente asciutti, il cuore piccolo e molto contratto. Nel canale intestinale, nel fegato e nella milza non si trovarono cangiamenti patologici. Il corpo ed il fondo dell'utero, notevolmente ingranditi, stavano precisamente dietro

la branca orizzontale destra del pube, molto antiflessi; la lunghezza del corpo dell'utero era cinque pollici ed un quarto, il punto della flessione era a tre pollici dalla bocca. Sulla superficie inferiore le pareti uterine erano molli e floscie; nella superiore erano molto addensate e resistenti. Nell'aprire la cavità dell'utero vedevasi che la placenta era stata impiantata sul segmento più basso dell'organo e così aveva ricettato il feto in sopra. Superiormente alla sede della flessione, nel segmento superiore dell'utero non vi era nessuna cavità libera; il piccolo intervallo fra le pareti rigide dell'utero era riempito da una massa simile ad una placenta solidamente aderente da per tutto. Il feto era lungo cinque pollici, il cordone ombelicale sei pollici e mezzo.

Sembrava evidente che la gravidanza vi era stata per circa quattro mesi e che dopo il concepimento la mestruazione si presentò una sola volta; ed io sono convinto, che la flessione dell'utero e la relativa impossibilità di una regolare dilatazione e sviluppo dello stesso, produssero il vomito ostinato.

VI. Il Dr. Tyler Smith[1] narrò un caso in cui si manifestò presto, durante la gravidanza, la nausea. Quando l'inferma giunse a due mesi di gravidanza vi fu vomito continuo ed emaciazione estrema. Essa fu mantenuta in vita con cucchiaiate di brodo concentrato ogni mezza ora e clisteri di brodo. A quattro mesi si poteva sentire l'utero superiormente all'orlo della pelvi. A cinque mesi avvenne spontaneamente l'aborto. L'inferma stette bene per tre settimane e poi si manifestò la tisi con corso rapido.

Il Dr. Tyler Smith credeva che «un'influenza quasi tossica si spiegasse, in certi organismi, dall'utero gravido». Oltre a ciò che la nausea «probabilmente guarisse colla distensione e sviluppo della densa struttura dell'utero dopo il concepimento, o coll'irritazione pelvica prodotta dall'utero gravido prima che esca dalla pelvi, o per entrambe queste cause».[2]

L'*ulcerazione della bocca dell'utero* è stata ritenuta da parecchi autorevoli scrittori, come causa del vomito esagerato, anche dal Dr. Henry Bennet; e nella letteratura medica si troveranno casi sparsi in cui si ottenne una cessazione della nausea, fino ad un certo punto, colle applicazioni topiche sulla bocca dell'utero.

Nausea grave associata ad antiflessione. — Il caso seguente, osservato in consulto col Dr. Royston, fu citato nel mio lavoro originale:[3] —

VII. Una signora, di 24 anni, maritata di recente, ebbe l'ultima mestruazione il 14 Ottobre 1870; il 3 Novembre vi fu soltanto una scarsissima perdita sanguigna. Dal 3 Novembre vi è stata, qualche volta, nausea e dalla fine di Gennaio fino al 21 Febbraio, quando la vidi per la prima volta col Dr. Royston, la nausea era stata di grado avanzato. Il Dr. Royston mi disse che la signora era incinta, che quando fu chiamato la prima volta a visitarla, circa quindici giorni prima di me, la nausea era fortissima e molesta e non poteva essere ritenuta nessuna specie di cibo. Nell'udire la

---

[1] *Obst. Trans.* vol. i.
[2] *Manual of Obstetrics*, p. 99.
[3] *Obst. Trans.* vol. xiii.

relazione del Dr. Royston sui sintomi espressi la mia opinione che l'utero era acutamente flesso, che il suo fondo si sarebbe trovato giacente molto in basso, incuneato nella pelvi e che questa posizione era la causa dei sintomi. Nell'eseguire l'esplorazione si trovò confermato il mio giudizio esattamente: la bocca dell'utero stava molta in dietro, la volta della vagina era spinta in basso ed in dietro dall'utero ingrossato, antiverso ed antiflesso ed il suo corpo si sentiva appena attraverso la parete addominale, come che la gravidanza probabilmente fosse incominciata da circa quattro mesi.

L'inferma, secondo me, aveva avuto antiflessione prima del matrimonio ed, essendo avvenuta la gravidanza, l'utero si era ingrossato e dilatato senza perdere la sua forma viziosa, anzi questa ultima si era resa più viziosa fino al tempo in cui io la vidi.

Evidentemente l'antiflessione avea preceduto il matrimonio perchè l'inferma non poteva mai ballare senza provarne molestia. Sei anni prima di sposare per sei mesi aveva cavalcato molto, senza esservi precedentemente abituata e a questo abuso del cavalcare seguirono perdite simili a quelle del periodo mestruale, e diarrea. Un'altra volta, un anno più tardi, il cavalcare nuovamente produsse questi sintomi.

Si consigliò la posizione assolutamente orizzontale per far sì che l'utero, dilatandosi, potesse svincolarsi meglio dalla pelvi e che si mantenesse regolare la funzione dell'intestino Il risultato di questa cura fu che il principale sintoma — la nausea — si calmò molto, poi cessò e avvenne lo sgravo a nove mesi compiuti.

VIII. Il Dr. Aeneas Munro [1] nel 1872, subito dopo la pubblicazione del mio lavoro, pubblicò un caso che, per usare le sue parole « fino ad un certo punto conferma splendidamente ciò che ha detto su questo argomento il Dr. Hewitt ». Trattavasi di una primipara di 21 anno. Quando fu visitata la prima volta, nel terzo mese della gravidanza, il vomito era divenuto grave. L'utero si trovò realmente antiflesso e del tutto fisso. Un tentativo per spingere l'utero in alto non riuscì. La sonda vi penetrò per cinque pollici e mezzo. Alcuni giorni più tardi, non essendosi ottenuto nessun miglioramento, ed essendovi sintomi imponenti, fu provocato il parto prematuro. Guarigione completa. Il Dr. Munro dice in un punto che l'utero non era incuneato nella pelvi; ma in un altro punto dice che lo trovò tanto fisso nella sua posizione anormale che non poteva muoversi verso l'alto.

Il Dr. McClintock [2], in un lavoro su questo argomento, pubblicato dopo la stampa del mio lavoro nelle *Obstetrical Transactions*, dà una raccolta di casi di vomito grave in cui fu procurato il parto prematuro per calmare l'inferma. Egli confessa che « siamo ancora circondati da molte tenebre » circa l'etiologia della nausea. Il Dr. McClintock non volle, nel suo lavoro, accettare la spiegazione che io aveva presentato circa l'influenza della flessione dell'utero.

IX. Il Dr. McClintock [3] narra un caso di una primipara a 24 anni, la quale alla fine dei due mesi avea forte nausea. « Il tumore uterino non

[1] *Glasg. Med. Journ.* Aug. 1872.
[2] *Dub. Med. Journ.* 1873.
[3] *Dub. Med. Journ.*, May 1873.

potevasi sentire sopra al pube; ma dalla vagina sentivasi il corpo dell'organo ingrossato e leggermente antiverso, come si osserva spesso in questo periodo della gestazione ». Dieci giorni più tardi l'inferma era in uno stato pericolosissimo e fu provocato l'aborto.

Il Dr. McClintock accetta ciò che dice il Dr. Barnes, che la posizione normale dell'utero nel primo periodo della gravidanza è l'antiversione ed evidentemente ritiene che nel suddetto caso non vi era nulla di anormale nello stato dell'utero. È probabile, però, dietro i fatti riferiti, che il corpo dell'utero fosse in realtà anormalmente basso nella pelvi.

Uno degli argomenti invocati dal Dr. McClintock e da alcuni altri, che loro sembra stia contro l'influenza della flessione e dello spostamento dell'utero nel produrre la nausea della gravidanza, è che nei casi di retroflessione dell'utero gravido non sempre vi è questa nausea. Ciò è vero, ma vale anche per la retroflessione dell'utero non gravido. La nausea non è un sintoma costante nei casi dell'ultima specie, ma io ho visto donne nelle quali una gravissima e molestissima nausea prodotta dalla retroflessione nello stato non gravido, quasi miracolosamente cessò elevando il fondo dell'utero; ciò dimostra, nella più incontrastabile maniera, che la nausea era dovuta alla flessione. La stessa cosa ritengasi per l'antiflessione: nè nella gravidanza, nè fuori di questa la nausea è un sintoma invariabile, ma ciò non dimostra che l'antiflessione non è causa della nausea quando questa si manifesta.

Un' importantissima contribuzione alla patologia di questo sintoma è quella del Dr. Copeman, di Norwich. Egli, nel 1875, pubblicò [1] un lavoro nel quale riferisce tre casi, le cui particolarità, brevemente riferite, sono le seguenti: —

X. Un'inferma, gravida a sei mesi, era così ridotta dalla nausea di stomaco che si temeva per la sua vita. Si risolse di provocare il parto prematuro. Come atto preparatorio a questo si dilatò col dito il collo dell'utero. Un'ora più tardi, quando si stava per procedere ad ulteriori passi, l'inferma stava tanto meglio che si giudicò cosa buona l'aspettare. Da quell'epoca il miglioramento si confermò, la nausea non vi fu più ed il parto avvenne all'epoca fisiologica.

Il Dr. Copeman restò meravigliato in questo caso e « si domandò se la calma poteva essere stata prodotta dalla fatta dilatazione della bocca uterina, facendo cessare così qualche anormale tensione che poteva produrre un' irritazione simpatica ».

---

[1] *Brit. Med. Journ.*, May 15, 1875. il Dr. Fly Smith (*Brit. Med. Journ.*, Aug. 21, 1875) dice che Dubois per il primo parlò di questo effetto della dilatazione della bocca dell' utero nell' arrestare il vomito.

XI. In un secondo caso (in cui « vi era un certo grado di antiversione ») lo stesso metodo ebbe un buon risultato.

XII. In un terzo caso, nel curare l'inferma per forte nausea, la dilatazione della bocca dell'utero col dito fu del pari seguita da buoni effetti.

Questo lavoro del Dr. Copeman richiamò la mia attenzione ed in una comunicazione al *British Medical Journal*, quindici giorni dopo [1], parlando dei casi del Dr. Copeman, io affermai che essi erano una potente conferma della verità delle dottrine che precedentemente aveva annunziate sull'argomento. Io sosteneva che la spiegazione dei casi del Dr. Copeman era che in questi l'operazione della dilatazione della bocca dell'utero era per se stessa un mezzo di raddrizzamento dell'utero, giacchè la bocca doveva essere portata in avanti per dilatarla e ciò produceva l'effetto di tirare in alto il corpo dell'utero e così (supponendo che fossero casi di antiversione: il medesimo Dr. Copeman dichiarava tale un caso) l'operazione toglieva lo spostamento. Io aggiunsi: « si può domandare: Come si spiegano i casi in cui il vomito dura fino all'ottavo mese, come avvenne nel terzo caso del Dr. Copeman? La risposta è che quando vi è stata una flessione acuta nel primo periodo della gravidanza, a misura che l'utero si fa più grande (se non ha luogo l'aborto) la flessione nella maggior parte dei casi cessa e l'effetto è che in tali circostanze generalmente finisce la nausea, ma *i tessuti dell'utero nella sede della flessione talvolta restano in uno stato patologico essendo induriti ed insolitamente resistenti, e così sorge l'irritazione.* La cura del Dr. Copeman senza dubbio tende ad allontanare l'indurimento e la contrazione ».

Il Dr. Copeman, in un lavoro ulteriore [2] commenta le varie opinioni manifestate col suo primo lavoro e dice che esse non erano tanto mature da metterlo in grado di dare una spiegazione positiva delle cause della nausea, ma egli « tende a credere che in tali casi vi sia sempre qualche condizione irritante, che provoca uno sforzo sul collo dell'utero, o, forse, anche sovra altre parti dell'organo ».

In questo secondo lavoro il Dr. Copeman riferisce un caso che molto singolarmente conferma le opinioni da me espresse sullo spostamento come causa della nausea:

XIII. Una signora, nella sua seconda gravidanza, a cinque mesi, avea molta nausea e nevralgia frontale. Per alcune settimane aveva fatto molto moto. La nausea e la nevralgia continuarono. Sembrava che l'addome non s'ingrossasse quanto al solito. Esplorando dalla vagina si trovò il corpo giacente molto basso in avanti e la bocca dell'utero corrispondente al promontorio del sacro. « Mi sembrava, dice il Dr. Copeman, che l'utero fosse

---

[1] *Brit. Med. Journ.*, May 29, 1875.
[2] *Ibid.* Nov. 1875.

antiverso in modo da permettere che si sentisse il corpo inferiormente al livello della bocca dell'utero ». Il Dr. Copeman, con una dolce e continua pressione, sollevò la parte protuberante dell'utero sopra la parte più bassa della pelvi e rimise la bocca dell'utero in una posizione più naturale, e prognosticò che non vi sarebbe stato altro vomito. In fatti così avvenne, la guarigione fu completa.

In questo caso, quindi, la nausea cessò *rimettendo l'utero al suo posto fisiologico*, giacchè il Dr. Copeman non fece dilatazione della bocca, come negli altri casi, ed esso è una notevole conferma della verità delle osservazioni critiche che io precedentemente avea fatto sul *modus operandi* del metodo del Dr. Copeman. Infatti l'inferma guarì senza dilatazione della bocca dell'utero.

XIV. *Caso del Dr.* Copeman [1].—Gravidanza a undici settimane; grave ed ostinato vomito. Fondo sensibile alla pressione, spostato in avanti. Fu rettificato lo spostamento e la funzione intestinale divenne normale. Il giorno seguente molto meno nausea, ma siccome continuava leggermente, fu dilatata la bocca col dito. Guarigione.

XV. *Caso del Dr.* Copeman [2]. – Gravidanza a sei settimane; nausea da tre settimane. Ritenuta normale la posizione dell'utero; labbro posteriore duro e resistente; dilatazione graduale della bocca e dopo due giorni di riposo guarigione.

XVI. *Caso del Dr.* Copeman [3]. – Gravidanza a sei settimane; nausea quasi continua per due settimane. Dopo la dilatazione della bocca col dito, fino alla bocca interna, il vomito cessò.

Aggiungo pochi casi pubblicati in cui la dilatazione della bocca dell'utero fu fatta secondo il metodo del Dr. Copeman.

XVII. *Caso del Dr.* Atkinson [4] *di Halifax.* – Vomito continuo a sei mesi in una multipara. Il vomito cessò dopo la dilatazione digitale della bocca dell'utero.

XVIII. *Caso del Dr.* Minot [5] *di Boston.* – L'introduzione della spugna preparata nel collo uterino calmò il vomito.

XIX. *Caso del Dr.* Dukes [6]. – Inferma a 33 anni Aveva avuto cinque figli e cinque aborti. Nella gravidanza precedente, dopo otto mesi di vomito continuo, fu provocato il parto prematuro. Ora è incinta a due mesi. Non ottenendosi nulla coi rimedii, si fece la dilatazione della bocca col dito e si trovò il tessuto della stessa molto duro e cartilagineo. Il vomito immediatamente si calmò e poi cessò.

XX. *Caso del Dr.* Gooch [7] *di Eton.* – Madre di due figli, gravida ad otto mesi. Vomito continuo da due mesi; quando giaceva sul dorso manifestavasi il vomito. La bocca dell'utero era calda e dolente. Dilatazione

---

[1] *Brit. Med. Journ.* Sept. 1878.
[2] *Ibid.* May 1879.
[3] *Ibid.* June 1879.
[4] *Brit. Med. Journ.*, Nov. 6, 1875.
[5] *Ibid.* Sept. 1876.
[6] *Ibid.* Feb. 23, 1878.
[7] *Ibid.* Sept. 28, 1878.

col dito e separazione della membrane intorno alla bocca; uscita di liquido di pessimo odore; calma del vomito; la gravidanza giunse a termine.

XXI e XXII. *Due casi del Dr.* L. Rosenthal [1]. — Guarigione colla dilatazione digitale della bocca — un' inferma era alla seconda gravidanza, l'altra era primipara.

XXIII. *Caso riferito da* J. T. Fry [2] *di Swansea.* — Il collo, e specialmente il labbro posteriore, era duro e cartilagineo. Non si potette introdurre nè il dito, nè la tenta e si adoperò una pinzetta per la gola lunga e leggermente curva in avanti e con dolcezza, ma spiegando una certa forza, fu dilatata la bocca Immediatamente cessò il vomito. L'inferma, nelle gravidanze precedenti, era stata costretta a farsi provocare il parto prematuro.

XXIV. *Caso del Dr.* Murillo [3] *di Santiago.* — Primipara a 22 anni, al terzo mese di gravidanza, nausea grave. Quattro volte, coll'intervallo di uno a due giorni, fu introdotto il dito, fino alla bocca interna, nel collo rammollito. Dopo una settimana la nausea cessò.

I casi seguenti sono stati osservati da me durante questi ultimi dieci anni, e chiariscono l'argomento di cui ora ci occupiamo e conservo le notizie che li riguardano, ma ne ho visto altri della stessa specie, di cui non ho conservato notizia.

XXV. *Retroflessione dell'utero gravido, causa di grave nausea.* — La donna che presentò questo caso, pubblicato ora per la prima volta, era la moglie di un medico. Mi consultò per la prima volta nel Gennaio del 1869 per un forte dolore al petto ed al cuore. Trovai l'utero retroflesso, e l'ultimo periodo mestruale era stato al 5 Decembre, circa sette settimane prima. Il 20 Febbraio si notò una seconda mancanza della mestruazione. Allora soffriva molto per la nausea e si ritenne esservi gravidanza Questa terminò favorevolmente, ma non vidi più l'inferma fino all'anno 1872 (24 Gennaio). L'inferma ora ha 26 anni; ha avuto tre figli, due dei quali dopo che io la vidi l'ultima volta; il più piccolo ha poco più di tre anni. Ora l'inferma è incinta a sei mesi. Soffre per grave nausea. L'utero è retroflesso: Un pessario ad anello (di Hodge) fu applicato ed andò a casa sua. Il 22 Febbraio fui chiamato a visitarla e la trovai sofferentissima e con grave nausea. Questa avea prodotto una forte itterizia ed una depressione estrema con sensazione di collasso. Il pessario ad anello non agiva più bene, essendo troppo piccolo per l'aumentato volume dell'utero e l'organo era retroverso sull'apice del pessario. Fu applicato un pessario più grande. L'ammalata, che era in uno stato di depressione quasi allarmante, subito si sentì meglio, e venne a trovarmi il 2 Aprile, e poi il 17; ma al 19 Aprile fui chiamato a rivederla avendo una ripetizione degli stessi gravi sintomi, poichè il vomito era ritornato ad un grado intensissimo. Di nuovo trovai insufficiente il pessario; il movimento fatto nel venire a casa mia era stato troppo e l'utero era spostato. Alla sua riposizione seguì la calma ma incontrai grande difficoltà nel mantenerlo al suo posto (come che fosse facile rimettervelo) per l'irrequietezza dell'ammalata. Sempre che l'utero stava al suo sito i sintomi cessavano come per miracolo; ma riapparivano subito non appena

[1] *Ibid.* Aug. 1879.
[2] *Ibid.* March 13, 1880.
[3] *Lond. Med. Record,* Feb. 15, 1878.

il fondo sfuggiva alla azione del pessario. Finalmente, il 26 Giugno fu procurato il parto prematuro; l'inferma aveva oltrepassato di poco i sei mesi di gravidanza.

Il marito di questa signora m'informò, rispondendo ad una lettera del Maggio 1876, che da quell'epoca lentamente riacquistò le sue forze, ma che di quando in quando è soggetta a « coliche biliose ». Afferma che ella non ha più retroflessione. È stata incinta un'altra volta, ma la gravidanza non giunse a termine, secondo lui per i patemi d'animo e le fatiche nell'assistere i suoi figli ammalati. Osserva, come circostanza singolare, che è stata male soltanto quando era incinta di femine.

Questo caso è importantissimo poichè la storia della retroflessione nella gravidanza, per molte particolarità, mi è nota dietro osservazioni personali. Io la vidi sofferente per vomito al principio della seconda gravidanza e, tolto lo spostamento, la portò a termine. Poi la rividi nella quarta gravidanza nuovamente con retroflessione e con vomito, ma questa volta in forma molto più grave. In tre o quattro occasioni, durante questa quarta gravidanza, il vomito realmente minacciò di ucciderla, ma fu sempre arrestato col togliere l'utero dalla sua posizione retroflessa. Il ripetersi dell'alterazione, però, mise capo al parto prematuro a circa sei mesi e mezzo ; ma se l'inferma avesse usato maggiori precauzioni e fosse stata meno caparbia con molta probabilità la gravidanza sarebbe giunta al suo termine.

XXVI. *Nausea dipendente da antiflessione dell'utero gravido.* — A. M., di 21 anno, inferma nell'University College Hospital, nel 1874. Le notizie che la riguardano sono state prese dal Dr. E M. Skerritt. Maritata da due anni e mezzo, non ha figli, nè ha avuto aborti. La mestruazione non è stata mai regolare, talvolta ha ritardato tre o quattro mesi ed è stata sempre scarsa e dolorosa. Negli ultimi quattro mesi non ha avuto mestruazione e da questa epoca dura la sua presente malattia ; i sintomi gradatamente si sono aggravati. Nelle tre ultime settimane è stata confinata a letto. Si lamenta sovratutto del dolore gravativo nella parte inferiore dell'addome, aumentato molto recentemente ed accompagnato da nausea e da vomito che si mostrano quando si alza e durante il giorno. L'atto dello spremere i capezzoli è penoso, l'areole sono ingrandite, l'addome non è disteso, risonante, nel lato sinistro più resistente alla pressione. Il dolore riferito all'ombelico, qualificato come lancinante con aggravamenti di tempo in tempo. Sensibilità generale nell'addome. Alla pressione profonda sul pube si sente, piuttosto molto in dietro, un tumore, che dà l'idea di essere l'apice di un tumore elevantesi dalla pelvi, con una superficie superiore levigata, rotondeggiante, larga due o tre pollici, schiacciata d'avanti in dietro e molto sensibile. La vescica precedentemente è stata vuotata. La bocca dell'utero si è trovata molto in alto ed in dietro. Innanzi ad essa si può sentire una specie di grosso tumore, che si estende lateralmente, resistente, levigato, rotondo e molto sensibile. Questo era lo stato dell'inferma quando fu ammessa nell'ospedale. Il vomito continuò ad intervalli per pochi giorni, anche il dolore; il tumore che sentivasi sopra al pube lentamente cresceva. Il 15 Marzo Rigden, medico di guardia, l'osservò ed espresse l'opinione che il tumore era costi-

tuito dall' utero antiflesso inclinato più verso il lato sinistro che verso il destro. Il 18 Marzo il tumore si era elevato maggiormente giungendo a due pollici dall' ombelico. Il vomito ed i conati di vomito ancora erano forti qualche volta. Sopra al legamento destro di Poupart udivasi il rumore placentare. Il 19 Marzo fui invitato a vedere per la prima volta l'inferma. Notai che il semplice stato delle mammelle bastava ad indicare la gravidanza. Il tumore sopra al pube aveva la forma e la grandezza di un utero gravido a quattro mesi. La bocca ed il collo erano in alto ed indietro, ma non presentavano cangiamenti quanto a mollezza, oltre a ciò che si osserva ordinariamente nella gravidanza. Il corpo dell'utero potevasi sentire attraverso la volta della vagina. Io espressi l'opinione che trattavasi certamente di gravidanza; che le precedenti osservazioni, fatte da Rigden e da altri, non lasciavano dubbio sulla data recente dell'antiflessione e che ingrandendosi l'utero era uscito dalla pelvi.

20 *Marzo.* — Nè vomito, nè conati di vomito la notte precedente, non dolore, non vomito la mattina di questo giorno.

21 *Marzo.* — Dolore nell'ultima parte della notte, molta nausea prima di colazione e mangiando vomito immediato. Il tumore è ancora sensibile. Dice che se sta tranquilla non ha nausea, ma si manifesta se si muove nel letto.

23 *Marzo.* — Leggiera nausea nello svegliarsi la mattina presto. Cessata durante il giorno.

24 *Marzo.* — Ancora un pò di nausea; vomito all'ora del tè.

28 *Marzo.* — Nello svegliarsi la mattina nausea, poi non più. Il 27 non si sentì male, ma nausea come prima. Per la prima volta si alza. Lamentasi qualche volta di dolore lancinante all'addome.

30 *Marzo.* — Dal 28 non ha vomitato, come che abbia nausea nello svegliarsi. In questo giorno lasciò l'ospedale convalescente.

XXVII. *Retroflessione dell'utero gravido; grave nausea.* — Signora. . . , di 28 anni, ha avuto tre figli; in tutte le sue gravidanze soffrì forte nausea. La bocca si è trovata molto in avanti, l'utero molto retroflesso. Le fu ingiunto di giacere bocconi. Più tardi fece sapere che si rimise; ebbe leggiera nausea fino a quattro mesi, nella quale epoca cessò. Partorì un feto a termine senza difficoltà.

XXVIII. *Antiflessione dell'utero gravido.* — La Signora. . . , di 33 anni, ha avuto otto figli e tre aborti. Ora trovasi a tre mesi e mezzo di gravidanza; soffre sempre molto per la nausea quando è incinta non che per una grave depressione morale nella prima metà della gravidanza, e durante l' ultimo suo periodo per gonfiore alle ginocchia, vene varicose, e per un malessere generale. Questa volta sono state introdotte tente per procurare l' aborto e far cessare la nausea, ma indarno. L'utero trovasi antiflesso, la bocca turgida, la parete anteriore del collo assottigliata. Fu ordinato il riposo. Non se ne conosce la storia ulteriore.

Debbo ricordare un caso nel quale si ricorse alla dilatazione:—

XXIX. La Signora . . . , di 33 anni, multipara. Gravissima nausea prodotta da antiflessione dell'utero, con grande ipertrofia ed indurimento del collo e della bocca. Alla settima settimana di gravidanza vi fu minaccia di morte per la nausea continua, benchè sulle prime si fosse calmata coll'uso di un pessario. Il collo fu dilatato con un dilatatore metallico; la resistenza opposta alla dilatazione fu grandissima. Il giorno seguente calma, ma al secondo giorno dopo quello della dilatazione seguì l'aborto. L'inferma morì per esaurimento poco più di quindici giorno dopo.

XXX. *Antiflessione dell'utero gravido; grave nausea.* — La Signora . . . , di 34 anni, ha avuto quattro figli, ora è incinta per la quinta volta. L'ultimo figlio ha quattro anni. È al terzo mese di gravidanza. Ella diceva: « Potete farmi cessare la mia costante nausea? » All'esplorazione si trovò l'utero antiflesso ed il corpo molto in basso ed in avanti, mentre la bocca stava molto in dietro, talchè l'organo era incuneato in giù dietro la sinfisi pubica. Ingiunsi all'inferma di restare a letto per una settimana e per altre tre settimane di stare sovra un sofà, di prender cibo ogni ora in piccole quantità. Dopo quindici giorni mi fece sapere che stava molto meglio e che difficilmente era assalita dalla nausea; più tardi poteva far moto senza soffrir nausea. Venne a trovarmi quando era ad otto mesi di gravidanza e stava benissimo.

I casi che sono stati citati o ricordati nelle precedenti pagine dànno una prova sufficiente della grande efficacia — si può quasi dire della *completa* efficacia — di certe misure meccaniche sulla bocca e sul collo dell'utero nel far cessare il vomito delle gravide nella sua più grave forma. Io credo che non vi possa esser dubbio che i fenomeni ricordati si spieghino completamente accettando l'opinione che in questi casi i tessuti i quali stanno intorno alla bocca interna dell'utero trovano ostacolo a distendersi debitamente. Questo ostacolo è o una reale flessione dell'utero, o una contrazione ed addensamento di questi tessuti, in seguito ad una preesistente flessione.

È un fatto degno di nota che in alcuni dei casi ricordati il collo si trovò tanto indurito e resistente che s'incontrò grandissima difficoltà a dilatarlo. Questo fatto si presentò sempre in multipare ed è ovvia la conclusione che nelle multipare soltanto è probabile che s'incontri questa esagerata resistenza alla dilatazione meccanica *artificiale.*

Il Dr. Aubert[1] nel suo lavoro intitolato « *Influence of the Movements of the Uterus on the Vomiting of Pregnancy* »[2] descrive un caso in cui, durante l'esplorazione digitale il tentativo di spingere l'utero da un lato col dito produsse immediatamente nausea che avrebbe messo capo al vomito se fosse durata. L'inferma, come dopo si rese evidente, era al secondo mese di gravidanza. Una seconda esplorazione, fatta alla fine del quinto mese, mostrò che la pressione laterale produceva nausea ma meno grave di quella provocatasi la prima volta. Aubert discute l'argomento di questa provocazione della nausea come mezzo diagnostico nei primi mesi della gravidanza. Egli cita Gueniot, il quale riferisce casi in cui il riposo a letto talvolta sembrò che arrestasse il vomito. Nota anche che Stolz scovrì che premendo l'utero *verso l'alto* non si manifestava vomito. Aubert osservò il vomito 17 volte su 37 primipare,

---

[1] *Lyon Médic.* Oct. 1871, p. 431.
[2] Influenza dei movimenti dell'utero sul vomito della gravidanza.

mentre fra 17 multipare soltanto 4 ebbero vomito. Gueniot su 51 casi *gravi* ebbe 12 primipare e 39 multipare. Nella discussione che tenne dietro al lavoro del Dr. Aubert fu stabilito da Icard che in certi casi di vomito incurabile, durati tre o quattro mesi, cessò il vomito rettificando lo spostamento scoverto coll'esplorazione digitale. Chatin ha visto molti casi in cui il vomito cessò modificando la posizione dell'utero spostato.

XXXI. In un caso del Prof. Tarnier [1] di Parigi, in cui trattavasi di una multipara, gravida a tre mesi, vi era vomito pertinace, che cessò imbottendo la vagina con ovatta, impedendo così, come egli credeva, che l'utero si muovesse e subisse scosse.

OSSERVAZIONI GENERALI.

Alcuni scrittori, come il Dr. Barnes, ritengono il vomito della gravidanza, nei casi gravi, dipendente dalla tensione e stiramento delle fibre uterine. Può darsi benissimo che questa in parte sia la causa, giacchè sembra probabile che l'irritazione possa essere prodotta da un grado esagerato di questo stiramento. Ma bisogna osservare che, supponendo esservi la flessione nel lato concavo della curvatura, sembra che sia aumentata la tensione e lo stiramento sul lato convesso. A coloro, perciò, i quali ritengono come migliore la teoria della tensione, egli fa notare che nell'utero flesso, mentre sottosta al processo di dilatazione, questa tensione sarà molto aumentata e la corrispondente irritazione considerevolmente aggravata. La mia opinione, però, è che la compressione, in tali casi, costituisca l'elemento irritante speciale e valutabile. Gli effetti molto accentuati prodotti in alcuni dei casi del Dr. Copeman colla dilatazione del canale confermano l'efficacia dell'allontanare la condensazione e la tensione intorno alla bocca interna dell'utero per far cessare la nausea, ed i casi del Dr. Copeman sono evidentemente dimostrativi sotto questo aspetto.

I casi nei quali il vomito dura fino agli ultimi mesi della gravidanza senza dubbio sono casi in cui la condensazione nella bocca interna non è totalmente cessata col raddrizzamento e dilatazione dell'utero (veggasi p. 297). Gli elementi che circondano la bocca interna dell'utero non sono completamente dilatati fino al termine della gravidanza nelle primipare e così, quantunque l'utero possa aver perduto la sua flessione, non è una conseguenza necessaria che i filamenti nervosi i quali circondano la bocca interna sieno tolti dallo stato di addensamento, tensione e pressione nello stesso momento

[1] *Journ. de Méd. et Chir.* e *Brit. Méd. Journ.* Aug. 28, 1875.

in cui la flessione finisce. Talchè possiamo affermare che quando la flessione non è di lunga durata, dal quinto mese l'utero sarà in istato migliore vuoi per l'aborto, vuoi per il suo raddrizzamento. Ma, se i tessuti del canale cervicale sono molto condensati da una flessione di lunga durata, il giungere della metà della gravidanza può non arrecare lo sperato sollievo.

Qui possiamo riferire le osservazioni del Dr. Aveling sull'argomento della nausea della gravidanza [1]:

Vomito durante la gestazione.—Questo molesto è talvolta pericoloso sintoma senza dubbio ha rapporto colla posizione. Porta il nome di nausea matutina perchè si mostra quando l'inferma abbandona il letto e si mette in piedi. Evidentemente è di natura riflessa e probabilmente è prodotto da iperemia ipostatica e da iperestesia dell'utero. È certo che tutti gli ostetrici raccomandano la posizione sdraiata per farla diminuire e spesso con grande successo. Ma il Dr. Clay di Manchester va più oltre, e, credendo la nausea della gestazione dipendente da congestione e sensibilità del collo dell'utero, consigliò una posizione del corpo tale da impedire la pressione della bocca e del collo contro i visceri pelvici; questo scopo si raggiunge a preferenza giacendo sul dorso colle natiche sollevate e la testa bassa. . . . Si è detto che gli spostamenti dell'utero producano vomito durante la gestazione e ciò non è improbabile, giacchè l'iperemia meccanica sovente è da essi cagionata ed avrebbe gli stessi effetti dell'iperemia ipostatica sui nervi uterini ».

A proposito di questa quistione bisogna ricordare che fino a poco tempo dietro non era generalmente conosciuto o compreso che l'antiflessione dell'utero nello stato non gravido è un'affezione comune, nè che l'antiflessione dell'utero gravido è frequente. Nei varii libri di testo di ostetricia ancora, generalmente, non si nota l'antiversione dell'utero gravido come una cosa possibile. Questa osservazione però non riguarda alcuni dei libri di testo pubblicati sul Continente. In uno di essi (Cazeaux) se ne fa cenno. Io stesso non mi convinsi della possibilità della sua manifestazione finchè non ne incontrai un caso nella pratica, caso da me descritto nel 1865 alla riunione dell'*Obstetrical Society* di Londra [2]. Allora io riteneva che fosse un fatto molto raro, ma le mie osservazioni da quell'epoca mi hanno persuaso che è molto comune in una forma mite; ed, oltre a ciò, che, come ho già stabilito, è associata, in una forma più grave, alla nausea ostinata. Rileggendo le mie note su questo primo caso trovo che vi fu grave nausea, ma non attribuì uno speciale significato al detto sintoma.

---

[1] « On Influence of Posture on Women »: *Obst. Jour.* Feb. 1877 (N° 47). p. 722.
[2] *Obst. Trans.* vol. vii. p. 170.

L'antiflessione dell'utero è la causa della nausea della gravidanza più spesso della retroflessione, poichè l'utero retroflesso più raramente diviene gravido. Da ciò move, sotto l'aspetto clinico, che quando si manifesta una nausea ostinata è molto più probabile cosa che dipenda dall' antiflessione che dalla retroflessione dell' utero gravido.

I principali argomenti in favore dell'opinione che il vomito della gravidanza dipenda dalla flessione dell'organo si possono così riassumere: 1) Molte donne non hanno nausea, perciò essa non è un sintoma essenziale della gravidanza. 2) In gran parte si limita alla prima metà della gravidanza, non oltrepassando, molte volte, i due primi mesi. Questo è appunto il tempo durante il quale l'utero è più soggetto a flettersi; giacchè, quando si eleva nell'addome la flessione difficilmente ha luogo. 3) Sorge quasi sempre nella posizione in piedi o seduta, le quali probabilmente aggravano o esagerano temporaneamente una flessione che già esiste. 4) Cessa, in tutti i casi, che non sono gravissimi, ove l' inferma resti a letto per uno o due giorni, durante il qual tempo non avviene nessun'esagerazione della flessione, come nello stare in piedi, ecc. 5) Ha luogo in un grado molto notevole nei casi in cui si sa che vi era la flessione quando si manifestò la gravidanza. 6) La nausea grave ed una rilevante tendenza all'aborto molto spesso si accompagnano nello stesso caso; da ciò move non essere improbabile che la stessa causa contribuisca ad amendue gli effetti. 7) In ultimo ricorderò le mie osservazioni personali circa gli effetti della cura colla posizione, quando vi ha flessione dell' utero gravido congiunta a nausea più o meno accentuata. In questi ultimi dieci anni o poco più vi ho dirètto specialmente la mia attenzione, ho curato parecchi di tali casi ed ho visto sempre finire la nausea, o subire un immediato e notevole miglioramento, situando l' inferma o cangiando la posizione dell' utero in tal modo da favorire la riduzione dell'esistente flessione.

Secondo me la storia di questi casi è la seguente: Quando comincia la gravidanza l'utero è in uno stato di flessione, in generale leggiera, talvolta più rilevante. L'utero si dilata, la spessezza delle pareti aumenta, vi ha perciò un grado di pressione di più nel sito ove è flesso. L'effetto naturale dell'aumento della espansione sarebbe il raddrizzamento dell'utero e nella maggior parte dei casi esso avviene realmente. Ma mentre questo processo si avanza i tessuti sono esageratamente compressi nel sito flesso, massime in certe posizioni del corpo e così ponno sorgere la nausea riflessa o il vomito.

CURA DEL VOMITO DELLA GRAVIDANZA.

Nei casi semplici ordinarii si osserverà che questo sintoma molesto può realmente cessare badando attentamente a certe norme relative alla posizione del corpo. Si deve indurre l' inferma a conservare la posizione orizzontale quanto più a lungo è possibile e in generale basterà questa sola precauzione. Naturalmente si dee badare allo stato dell' intestino. Dopo il quarto mese cessa la tendenza alla nausea nella maggior parte dei casi ed allora l' inferma può muoversi o stare in piedi senza aver nausee. La maggiore o minore necessità della posizione orizzontale è relativa alla gravezza della nausea.

Nei casi gravi, in cui la cura sopra indicata non ha risultati abbastanza buoni, bisogna determinare lo stato dell'utero e prendere misure per rettificare qualsiasi cattiva posizione che si può scovrire. Si ponno applicare varii mezzi meccanici per coadiuvare il ritorno del corpo dell'utero alla sua posizione normale. Questi mezzi cangeranno secondo che il corpo dell'utero è rivolto in avanti o in dietro. Un semplice pessario sferico ad aria agisce bene nei casi di antiflessione ed un ben adatto pessario di Hodge conviene nei casi di retroflessione (veggasi il capitolo precedente). L'azione del pessario deve essere coadiuvata mantenendo la posizione orizzontale. Quando l'utero ha ripreso il suo posto può non essere necessario un pessario. Infatti questo può essere del tutto inutile se l'utero può essere portato al suo posto colla pressione del dito coadiuvata dalla posizione dell' inferma.

Quando la nausea non cessa con qualunque dei suddetti mezzi, probabilmente il collo è molto duro e resistente. In queste circostanze bisognerebbe adottare il metodo raccomandato dal Dr. Copeman e dilatare artificialmente il collo per togliere la compressione e la tensione intorno alla bocca interna dell'utero. Secondo me questa cura sarà realmente necessaria solo in casi molto eccezionali; nella mia pratica ho visto soltanto una volta fallire le altre e più semplici misure.

Nella maggior parte dei casi in cui si applicò il metodo del Dr. Copeman la dilatazione fu facile ed in questi casi probabilmente essa non era necessaria; ma in due di essi certamente fu compiuta con maggiore difficoltà; in uno dei suddetti due casi si adoperò un dilatatore a doppia branca, nell'altro una pinzetta per la gola. Come è naturale vi ha pericolo di provocare aborto usando qualsiasi strumento che oltrepassa la bocca interna dell'utero. Il dito sarebbe il dilatatore più sicuro, ma, nei casi realmente difficili, può incontrare, come in quello riferito a pag. 327, che non penetri affatto. Una

dilatazione ben fatta col dilatatore di acciaio a due branche—come quello che si vede a pag. 180 ma più largo all'estremità delle branche — mi sembra il miglior mezzo per raggiungere lo scopo desiderato, ove il dito non possa penetrare nel collo dell'utero. Quando la bocca esterna ammette o si può costringere ad ammettere il dito sarebbe meglio impiegar questo per l'ulteriore dilatazione del canale più in alto. Bisogna ricordare che il canale cervicale ha una lunghezza di più che un pollice e sembra necessario dilatarlo alla sua estremità superiore per procurare l'indispensabile miglioramento in tali circostanze. L'uso del dito ha il suo inconveniente, cioè in generale non si può facilmente introdurre fino alla bocca interna dell'utero senza portare nella vagina buona parte della mano.

Si potrebbe provocare il parto prematuro, come ultimo espediente, quando gli altri mezzi si fossero trovati inutili e pericolasse la vita dell'inferma.

CAPITOLO XXIX.

MALATTIE E LESIONI DELLA BOCCA E DEL COLLO DELL'UTERO.

Teoria dell' « ulcerazione » sulle malattie uterine — Lacerazione del collo dell'utero: suoi effetti e risultati — Opinione del Dr. Emmet su questo argomento — Suo metodo di cura — Importanza dell'arrovesciamento della mucosa del canale cervicale; sue cause — Ipertrofia, Degenerazione cistica della bocca dell'utero, ecc.

Ulcerazioni della bocca dell'utero — Erosioni — Ulcerazioni vere — Ulcerazioni sifilitiche.

MALATTIA DELLA BOCCA E DEL COLLO DELL'UTERO.

« Un' intera generazione di medici » dice il Dr. Emmet [1] « è stata sedotta dalla teoria dell' infiammazione ed ulcerazione, croniche, dell'utero — stati che nessuno ha potuto dimostrare all'autopsia ».

Mentre, però, la maggior parte delle cosiddette ulcerazioni ed infiammazioni si ponno dimostrare dipendenti da cangiamenti di altre parti dell'utero, di recente abbiamo imparato che vi sono stati locali e malattie della bocca e del collo sui quali sembra che bisogna rivolgere l'attenzione un pò più di quanto finora si è fatto, cioè i cagiamenti casuali o consecutivi a lacerazione del collo uterino durante il parto. Reca non poca meraviglia che, essendosi diffusamente adoperato lo specolo nello studio e cura delle malattie uterine, i casi di gravi lacerazioni del collo sembra che sieno passati inosservati fino ad un periodo recentissimo anche per coloro i quali ebbero nella maggior parte dei casi l'abitudine di usare lo strumento.

Sarà necessario studiare sistematicamente i cangiamenti osservati nella bocca dell'utero e nel fare così di mostrare il rapporto che passa fra essi e le malattie delle altre parti dell'organo.

---

[1] *Loc. cit.* p. 129.

LACERAZIONE DEL COLLO DELL'UTERO.

Non di raro incontra che nel corso del parto il collo dell'utero resti più o meno offeso, poichè la porzione vaginale subisce lacerazioni di varii gradi. Ma non si può dire che queste lacerazioni sieno state ritenute come lesioni di una certa importanza se non recentemente. Durante questi ultimi anni negli Stati Uniti vi si è molto rivolta l'attenzione ed è evidente che le suddette lacerazioni sono fattori importantissimi nella produzione di malattie o molestie relative alla parte cervicale dell'utero. Il Dr. Goodell, scrivendo nel 1879, dice che circa un sesto delle donne le quali hanno avuto figli e che ricorrono al dispensario dell'Università di Pennsylvania, hanno una lacerazione del collo non riunita.

La seconda edizione dell'eccellente opera del Dr. Emmet contiene una diffusa relazione su questo argomento ed i risultati delle sue osservazioni e dei suoi studii. Ecco la parte essenziale di questa relazione del Dr. Emmet: —

Dal 1862 il Dr. Emmet ha fatto un'operazione in tali casi. Nel 1874 pubblicò un lavoro sulle « *Lacerazioni del collo dell'utero come causa frequente e non riconosciuta di malattia* ». Roser [1] sembra che per il primo abbia descritto ciò che egli chiamava « ectropium » di cui vi sono due forme — una dipendente da distorsione cicatriziale, l'altra dall'accumulazione della mucosa in avanti e dal suo turgore. Roser indica come cause le ragadi profonde e probabilmente le incisioni ostetriche e la distenzione cancrenosa della bocca dell'utero. Roser ritiene che molti dei casi d'ipertrofia ostinata ed inveterata, la cui origine è la sopra detta, sieno incurabili e quanto allo ectropio cicatriziale dice. « È difficile che qualcuno si spinga ad intraprendere un esperimento curativo ».

Il Dr. Emmet crede che il nome di « ectropio cicatriziale » non sia bene scelto, giacchè « le pieghe nel collo uterino prima si arrotolano e sono cacciate fuori l'utero ingrandito, che poggia sul pavimento della pelvi ed aumentano a misura che la circolazione diviene difficile ed a misura che i follicoli mucosi subiscono la degenerazione cistica. A lungo andare si forma uno strozzamento parziale, come nella parafimosi ». Egli crede che il termine inglese sia preferibile a quello di trachelorrafia o d'istero-trachelorrafia. Di 50 donne feconde curate da lui nella pratica privata, 32,80 per cento, le quali erano divenute incinte ed aveano, quando le vide, qualche forma di malattia uterina, presentavano lacerazione del collo. La lesione è molto più comune al lato sinistro, poi per frequenza viene

[1] *Archiv. f. Heilk.* Leipzig. N° 298.

la lesione doppia. Più del 30 per cento dei casi furono attribuiti a parto laborioso. Egli crede che il parto rapido debba essere una causa più frequente di quanto dimostra la sua statistica. La sterilità fu osservata nel 71,34 per cento dei casi in cui il collo aveva questa lesione. La mestruazione nel 51,59 per cento dei casi è aumentata (per numero di giorni). La manifestazione della cellulite, che sta in rapporto colla lacerazione del collo o ne è una conseguenza, costituisce la complicazione più importante e più frequente. Così fra 164 donne rimaste in osservazione il 33 o il 20,12 per cento avevano cellulite nell'epoca della prima esplorazione.

La lacerazione è comune, spesso passa inosservata a causa della mollezza delle parti ed è molto più comune nella linea mediana, anteriore più spesso che posteriore. Se è nella linea mediana e circoscritta al collo, in generale guarisce rapidamente. Come è naturale, può estendersi alla vescica ed allora può lasciare una fistola. La lacerazione del labbro posteriore anche guarisce presto e può non sospettarsi a meno che l' infiammazione non si estenda sufficientemente al *cul-di-sacco* posteriore. Se la cellulite sorge in questo punto produce sempre un' incurabilissima forma di retroversione, perchè si forma una fascia cicatriziale che si sente come una corda. Questa forma di lacerazione, giusta la storia dei casi, sembra che sia da riferire alla posizione « occipitale posteriore ».

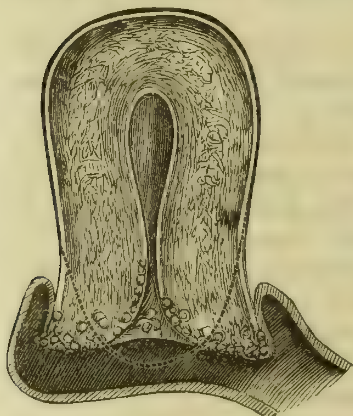


Fig. 121 [1].

Quando, però, la lacerazione è in una direzione laterale e si estende oltre il vertice del collo si manifesta uno stato di cose che si oppone ai poteri riparatori della natura. I tessuti avranno una tendenza ad arrovesciarsi da dentro in fuori quando si sta in piedi. Le labbra sono spinte l'uno lontano dall'altro per il peso dell'utero sovrastante, dirigendosi in dietro il posteriore ed in avanti l'anteriore. L'angolo della lacerazione diviene il punto di partenza di un' erosione che con rapidità si propaga alle superficie arrovesciate. L'involuzione è ritardata, l'erosione dà sangue con facilità a misura che si estende; segue una profusa leucorrea cervicale e l' inferma s'induce a domandar soccorso. Questa lacerazione, fino a poco tempo

[1] Questa figura mostra le conseguenze di una doppia lacerazione laterale, e i follicoli mucosi ingrossati. La linea punteggiata indica il contorno quando i lembi sono tenuti insieme.

dietro, era generalmente presa per ulcerazione e per lungo tempo eluse ogni cura; il miglioramento ottenuto col riposo era seguito da una ricaduta quando si tornava a far moto.

I follicoli mucosi del collo gradatamente subiscono la degenerazione cistica.

Quando la lacerazione è *doppia* e laterale, i lembi si appiattiscono contro la parete posteriore della vagina o contro il pavimento della pelvi sicchè sparisce ogni aspetto di lacerazione. All' esplorazione digitale trovasi il collo più grosso del corpo dell'utero, il rapporto di grandezza che passa fra il collo così alterato ed il corpo dell'utero è circa quello che passa fra la parte superiore di un mezzo fungo sviluppato ed il suo gambo. Questi lembi si possono arrotolare in dentro nell'usare lo specolo mentre l'inferma giace di lato e si prendono i labbri posteriore ed anteriore del collo con due tenacoli.

Vi è una varietà quando la lacerazione è unilaterale e l'utero assume una direzione obliqua.

Cura. — Il Dr. Emmet ritiene che bisogna fare un'operazione quando è evidente lo stato della parte, quando ancora resta l'ingrossamento dell'utero o quando la inferma soffre per nevralgia.

I mezzi *preparatorii* sono le iniezioni vaginali di acqua calda, l' uso del pessario per sollevare l' utero dal pavimento della vagina, l'applicazione della tintura di iodo o di ferro due volte la settimana con medicatura alla glicerina e piumacciuoli di cotone, uno in avanti ed uno in dietro per mantenere insieme i lembi. Spesso è necessario pungere le cisti molto piene e così far diminuire lo strozzamento ed il turgore; fatta questa scarificazione si applica il iodo.

L'*operazione* si esegue nel miglior modo quando l' inferma sta di lato. In primo luogo

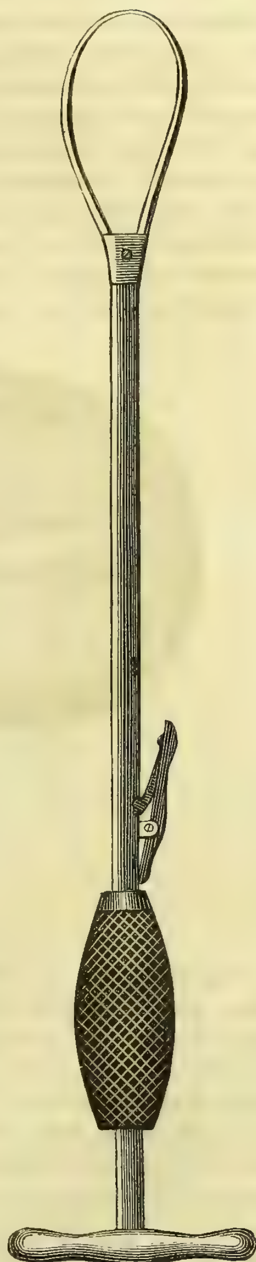


Fig. 122 [1].

[1] Tornichetto a molla di orologio usato da Emmet.

coi tenacoli si avvicinano i lembi. Poi si applica il tornichetto uterino — strumento speciale destinato a questo scopo, costruito con un pezzo di molla d'orologio — giacchè spesso l'emorragia è esagerata. Emmet ora l'adopera soltanto quando i tessuti sono molto molli; l'uso dell'acqua calda prima dell'operazione, per iniezioni, rende meno probabile il suddetto inconveniente.

Per recentare le superficie si preferiscono le forbici.

Si tira l'utero in basso, se è possibile fino all'orlo della vagina, durante l'operazione. Il migliore ago è quello *corto rotondo* e si fanno le suture metalliche come si vede nella fig. 123. Dopo sette giorni

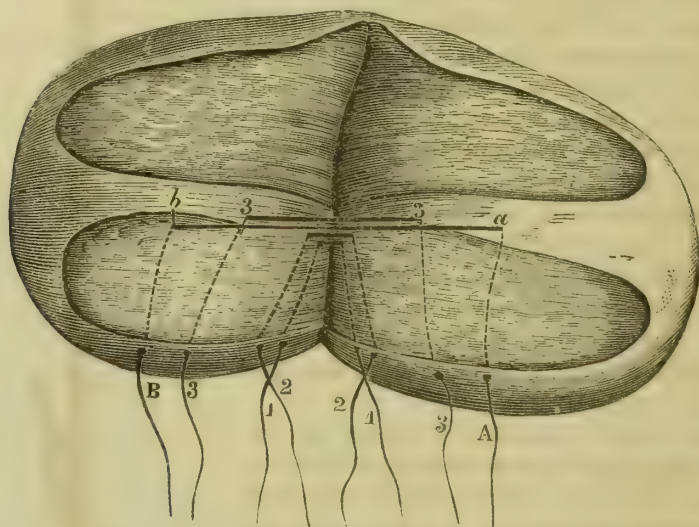


Fig. 123 [1].

si tolgono i fili. L'inferma starà a letto per dodici giorni. Il pessario, che si toglie prima di eseguire l'operazione, si rimette subito dopo che questa è terminata.

Il Dr. Emmet dice che l'ipertrofia e l'allungamento del collo, quasi invariabilmente, dipendono da lacerazione del collo dell'utero ed il rimedio consiste nel riparare a questa. Egli dice che l'amputazione colle forbici, col coltello o col cauterio è da riprovare e più di tutto biasima il cauterio o i caustici usati per guarire la cosiddetta ulcerazione. « L'amputazione del collo o le ripetute applicazioni sovra esso del cauterio o dei caustici mutilerà qualunque donna e con moltissima probabilità la renderà sterile e per la mancanza del sostegno che il collo normalmente procura sarà soggetta a spostamenti uterini [2].

[1] Questa fig. mostra la forma delle superficie recentate (Emmet).
[2] *Op. cit.* p. 483.

Nella riunione tenuta a Cambridge, dalla *British Medical Association* nel 1880, il Dr. Montrose A. Pallen di New York presentò strumenti da lui usati per rimediare alla lacerazione del collo. Nella sua operazione usa forbici di varie forme per agevolare la recentazione. Il Dr. Pallen strenuamente raccomanda l'operazione e manifesta il suo convincimento sulla necessità e sui vantaggi della stessa nei casi opportuni.

Rileggendo le note prese sui miei casi, trovo che in alcuni di questi si osservarono lacerazioni del collo uterino. Da ciò che ora apprendo circa i casi osservati in America sembra evidente che studiando questa lesione e indicandone i rimedii i nostri colleghi transatlantici abbiano reso un buon servigio alla ginecologia. Io credo che il Dr. Playfair sia stato il primo che ha eseguito questa operazione in Inghilterra e di recente ha comunicato un lavoro su questo argomento all'*Obstetrical Society* di Londra. Io stesso l'ho eseguita con successo e mi son persuaso che è un' operazione molto necessaria e conveniente.

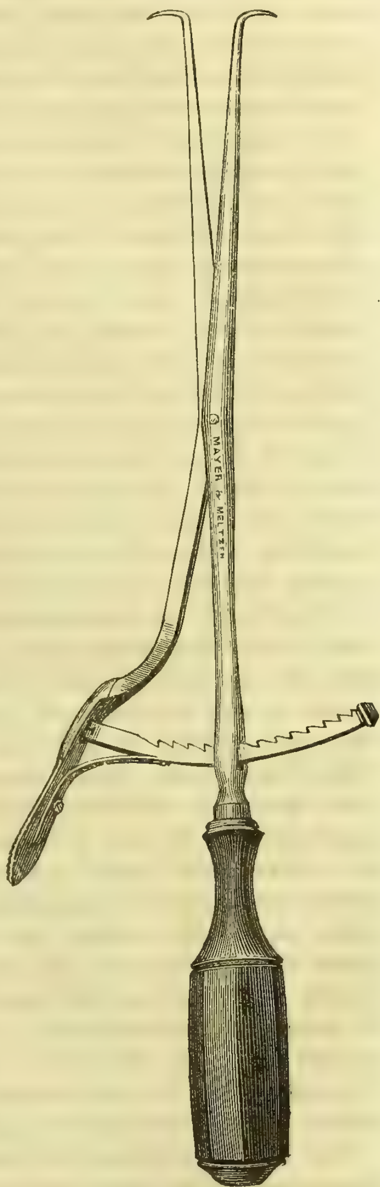


Fig. 124 [1].

Una grave lacerazione del collo implica la cessazione dell'adeguato sostegno del corpo dell'utero e il cangiamento di posto di questo è, senza dubbio, favorito. Un altro effetto è la scovertura, l'attrito, l' irritazione della mucosa del collo, a cui tengono dietro abrasioni, perdite di sangue, ipersecrezione ecc., della superficie irritata. È vero, però, che elevando l'utero l'ultima serie d'inconvenienti è molto diminuita, tanto più che in molti casi la lacerazione stessa realmente costituisce o sembra che costituisca un

[1] La fig. 124 mostra uno strumento (di grandezza ridotta) costruito da Meyer e Meltzer e che mirabilmente serve a sostenere l'utero durante l'operazione.

male minore. La relazione del Dr. Emmet è conforme a questa opinione ed è evidente che, mentre la considera necessaria a riparare la lacerazione cervicale, trovò eziandio indispensabile in molti casi, prima e dopo l'operazione, di sostenere il corpo dell'utero nella posizione conveniente per mezzo di un pessario vaginale.

Un' importante quistione pratica è quella di determinare fino a qual punto è possibile l'*arrovesciamento della mucosa cervicale* senza che si laceri il collo. Ora è perfettamente chiaro che in molti casi l'arrovesciamento dipenda dalla lacerazione del collo, ma non vi può essere dubbio che, senza lacerazione, può aver luogo un arrovesciamento molto esteso. Ordinariamente, nei casi di flessione acuta di lunga durata, si produce un inspessimento, un gonfiore e divaricamento della bocca dell'utero sulla faccia anteriore o sulla posteriore, e ciò può incontrare anche in inferme che non hanno avuto figli. Così, nei casi di antiflessione, la parte anteriore della bocca, in quelli di retroflessione la posteriore, divengono turgide e la mucosa si spiega. Ciò è molto probabile che avvenga nelle donne che hanno avuto figli, non vi ha dubbio, ma le mie osservazioni mi autorizzano a dire che può avvenire anche ad un grado considerevole quando con certezza non vi è stata lacerazione.

L'ipertrofia, la degenerazione cistica delle labbra della bocca uterina, l'arrovesciamento della mucosa, l'abrasione o erosione della mucosa così arrovesciata, si possono osservare e quando son di alto grado si può scovrire che hanno avuto origine da una lacerazione del collo, mentre in altri casi dipendono da prolungata congestione delle labbra della bocca uterina, la cui causa prima è stata una forte flessione dell'utero. Talune volte troviamo la bocca dell'utero rappresentata da due protuberanze rotonde, dure e resistenti, rosse ed irritate sulla faccia cervicale, con superficie irregolare per tumefazioni nodulari, conseguenze di degenerazione cistica e segreganti un liquido sanioso giallo in copia. La degenerazione cistica, come viene chiamata, sembra che sia l'effetto di uno sviluppo esagerato e distensione dei follicoli di Naboth. Coll'andar del tempo le labbra si ipertrofizzano, s'induriscono e si alterano sotto altri aspetti ed i due fattori che *isolatamente* o *insieme* dànno origine a questo stato di cose sembra che siano la flessione cronica dell'utero e la lacerazione del collo durante il parto.

Più di uno scrittore in America ha espresso l'opinione che la lacerazione della bocca dell'utero costituisca una predisposizione al cancro della stessa e che perciò, se non per altro motivo, questa lacerazione impone un intervento operativo. (Ulteriori osservazioni su questo argomento si troveranno in uno dei capitoli seguenti sul *Cancro dell'Utero*).

ULCERAZIONI DELLA BOCCA DELL'UTERO.

Dopo ciò che è stato detto riguardo alla lacerazione del collo ed all' arrovesciamento, dipendente o da questa lesione o da flessione, si rende più semplice lo studio delle « ulcerazioni ».

Il semplice arrovesciamento della mucosa cervicale frequentemente si è preso per « ulcerazione ». Il Dr. Farre [1] disse alcuni anni dietro: « Nel grado più comune d' ipertrofia con arrovesciamento, ha luogo soltanto una protuberanza semilunare della mucosa cervicale. L' ineguaglianza della superficie cagionata da pieghe leggermente tumide e sporgenti e spesso da numerose piccole depressioni formate da cripte mucose dilatate, secondo che predominano normalmente le une o le altre nel collo, dà alla parte, durante la vita, l'aspetto di una superficie scoverta e granulare, mentre i confini naturali fra i margini più bassi del canale cervicale e le labbra del muso di tinca sono trasportati verso questo ultimo a causa dell'arrovesciamento; diviene visibile una linea semicircolare rilevante, che, mentre indica che ivi termina l'epitelio vaginale, spesso trae in inganno e si crede che sia il margine di un'ulcera ». Lo stiramento delle parti, prodotto talvolta dalla semplice introduzione dello specolo, può dare origine a questa specie di arrovesciamento della mucosa del collo, sempre che la bocca dell' utero sia un po' cedevole e molle e leggermente aperta.

Le *erosioni* della mucosa cervicale arrovesciata non sono molto rare, ma raramente passano allo stato di vera ulcerazione. La perdita del tessuto consiste generalmente in una semplice caduta dell'epitelio della parte passionata, mentre sono sani i tessuti vascolari o proprii sottostanti. L'asportazione dell'epitelio, però, lascia i villi scoverti e questi ponno subire cangiamenti ipertrofici; un'altra conseguenza è l'aumento della vascolarità. Talvolta, nei casi in cui l'abrasione o l'erosione ha durato per qualche tempo, si osserva quello che chiamasi cangiamento « granulare ». Durante la gravidanza, come ha osservato Cazeaux alcuni anni dietro, i villi della superficie mucosa cervicale patiscono cangiamenti ipertrofici e sono più vascolari del solito. Oltre a ciò, danno sangue con facilità quando si toccano e questi cangiamenti « fisiologici » (giacchè sono tali) non si debbono confondere colla ulcerazione o erosione prodotta da malattia.

Le erosioni della mucosa cervicale arrovesciata sembra che in gran parte dipendano dall'attrito della superficie contro il pavimento della vagina, inevitabile nei movimenti del corpo. Frequentemente

---

[1] *Cycl. An. and Phys.*: art. « Uterus ».

avviene una copiosa secrezione liquida nei casi di questo genere, icorosa, o sierosa, o saniosa secondo che i vasi sanguigni dei villi scoverti sono o non sono lacerati. In ho notato una tendenza allo sfaldamento o all'erosione della mucosa nella bocca esterna nei casi di flessione cronica con ritenzione di prodotto leucorroico. Ivi i prodotti di secrezione dell'utero divengono irritanti e questa irritazione probabilmente corrode la delicata mucosa della bocca dell'utero.

Talvolta si osservano le *vere ulcerazioni* della porzione vaginale del collo dell'utero. In generale si accompagnano ad ingrossamento ed ipertrofia del collo dell'utero, qualunque possa essere la sua causa, o a quelle affezioni uterine ordinariamente classificate sotto il nome di « prolasso dell'utero ». Sono prodotte da irritazione meccanica a cui è esposto il collo prolassato ed hanno tutti i caratteri delle comuni ulcerazioni.

Un'altra forma di ulcerazione della bocca e del collo dell'utero, che è rara, è ritenuta da alcuni autori di natura cancerigna, da altri *tubercolosa*. Il Dr. West, nella cui opera [1] si trova un diligente *riassunto* di ciò che è stato detto da diversi scrittori su questo argomento, crede che queste ulcerazioni incurabili sieno esempii di carcinoma epiteliale ed egli conviene con Robin nel ritenere che la specie di questa ulcera rappresenta rispetto all'utero ciò che il lupus o il cancroide rispetto alla faccia. Sembra, però, che non vi sia nessuna ragione per negare la esattezza dell'una e dell'altra opinione o per negare che si possano incontrare tanto le ulceri tubercolose di natura cronica quanto l'affezione lupoide del collo dell'utero, benchè non nella stessa ammalata. Molto raramente può avvenire che questa quistione trovi una soluzione pratica, giacchè sono molto eccezionali queste ulcerazioni incurabili.

Lesioni sifilitiche, ulcerazioni sifilitiche, ecc. della bocca e del collo dell'utero. — Quanto alla vera ulcera, — ulcera sifilitica primaria — di questa parte, la diversità delle opinioni è ben poca. Si comprende benissimo che è molto rara, benchè sia stata osservata. L'ulcera della bocca o del collo dell'utero presenta un aspetto simile a quello delle ulcere osservate in altri punti, dicesi che nelle ulceri di questo sito vi abbia una predisposizione maggiore a dar sangue. La sola prova evidente della natura dell'ulcera sarebbe la sua riproduzione per inoculazione.

Quanto all'eruzione *sifilitica secondaria*, o ulcerazione della bocca e del collo, si è molto discusso, non è stabilito quale sia la frequenza dell'ulcerazione nelle donne che hanno sifilide secondaria. Non sembra che il carattere delle ulcerazioni in questi casi presenti alcun che di speciale o che ci potesse autorizzare a dir subito che

---

[1] *Op. cit.* pag. 361.

certe date note sieno dovute alla sifilide. Le mie osservazioni personali mi fanno convenire col Dr. Tyler Smith, il quale sosteneva che « in quasi tutti i casi in cui vi sono leucorrea e malattia della bocca e del collo dell'utero, e al tempo stesso vi ha sifilide costituzionale, i sintomi uterini sono una manifestazione genuina dei disordini costituzionali o secondarii » [1].

La diagnosi dell'ulcerazione sifilitica secondaria della bocca e del collo sarà relativa alla presenza o mancanza di dati anamnestici di sifilide nel caso speciale e prima di prendere una decisione fa d'uopo studiare scrupolosamente gli antecedenti dell'inferma. Gli effetti dei rimedii antisifilitici spesso ci aiutano a fare la diagnosi definitiva.

Cura delle ulcerazioni e dell'ipertrofia della bocca dell'utero. — Un importantissimo elemento nella cura di questi casi è il *riposo* ed un'esatta abluzione, a brevi intervalli, fatta con acqua calda. Spesso avviene che, con questi soli mezzi, diminuisce molto il volume della bocca dell'utero (veggasi « Cura della Congestione dell'utero , » pag. 94) ed in tutti i casi , sia che consecutivamente divenga necessaria una cura operativa, sia che non si richieda, le suddette misure si possono applicare con vantaggio. Poi si useranno le medicature stittiche e per maggiormente far diminuire l'ipertrofia sono utili una soluzione di nitrato di argento, o di acido tannico, o di tintura di iodo allungata (veggasi pag. 98).

---

[1] *On Leucorrhœa*, pag. 98.

CAPITOLO XXX.

INVERSIONE CRONICA DELL'UTERO.

INVERSIONE CRONICA DELL'UTERO. – Cause, Effetti e Varietà.
DIAGNOSI.
CURA. – Riduzione colla pressione sistematica e continua coadiuvata dall'anestesia — Cura coll'escisione.

Qui ci occuperemo soltanto dei casi d'inversione cronica dell'utero. Lo studio di questo stato, quando è di data recente appartiene agli ostetrici.

L'inversione dell'utero può avvenire durante il parto o subito dopo, e questo ne è la causa più frequente; ma può anche avvenire per la presenza di un fibroma — polipo — attaccato alla superficie interna dell'organo e che perciò lo distende. Può essere parziale o completa. Nella forma completa può presentarsi dopo il parto; i polipi generalmente producono una forma incompleta di spostamento. Quando vi ha inversione completa tutto l'organo è rivoltato da dentro in fuori; l'utero giace tutto nel canale vaginale e nei casi recenti protubera considerevolmente fuori della vulva. Quando ha luogo in seguito al parto l'utero gradatamente diminuisce di volume, benchè meno rapidamente che nelle circostanze ordinarie, ed alla fine di pochi mesi può essere totalmente nella vagina, ma l'inversione è ancora completa.

I sintomi e gli effetti dell'inversione dell'utero in generale sono accentuati, ma non sempre. Per lo più si osservano emorragie ed una perdita sanguigna tenue quasi incessante. L'inferma prova dolori stiranti ed una sensazione di malessere più o meno continua e non di raro questi sintomi sono molto gravi.

L'inferma spesso diviene molto anemica e vi può essere grande prostrazione generale, respiro anelante e perdita della facoltà della locomozione, con edema delle estremità inferiori ecc. L'inversione cronica dell'utero può durare per molti anni; sono autentici casi della durata di venticinque o trenta anni.

Nei casi d'inversione dell'utero si sente un tumore che occupa la vagina, la cui grandezza varia secondo il grado dell'inversione e il tempo decorso dalla manifestazione dell'inversione. Talchè, se questa è recente e completa, il tumore nella vagina può essere tanto grande da oltrepassare la vulva; ma se son decorse poche settimane può non oltrepassare la grandezza del pugno, come che sia completa. Il tumore è levigato, uniforme, e non si scovre nessun'apertura sulla sua superficie. Coll'esplorazione digitale si trova che la vagina finisce in alto, intorno al peduncolo del tumore, in un perfetto *cul di sacco* se la superficie del tumore è realmente in continuazione con quella della vagina. Nel punto in cui deve stare la bocca dell'utero questo tumore piriforme protubera in giù nella vagina. Il tumore è duro e resistente quando l'inversione ha durato poche settimane. Se l'inferma ha partorito di recente, se dall'epoca del parto un tumore ha occupato la vagina e se, oltre a ciò, si sa che precedentemente questo tumore non vi era, ordinariamente non è difficile fare la diagnosi, ammesso che l'inversione sia completa. Questa asserzione, pertanto, non è sempre vera, giacchè la gravidanza si può accompagnare ad un polipo e questo può essere spinto nella vagina immediatamente dopo l'espulsione del feto. Gooch ed altri hanno riferito casi di questo genere. Nella inversione completa non è possibile portare il dito superiormente al peduncolo del tumore, nè la sonda uterina può penetrare in questa direzione. I sintomi che accompagnano la formazione dell'inversione durante il parto sono caratteristici: dolore estremo — che per altro può mancare — prostrazione, sincope; il tumore uterino più non si sente sopra al pube; ordinariamente si nota emorragia. L'inversione può avvenire proprio alla fine del parto o pochi giorni dopo, per sforzi imprudenti fatti dall'inferma. L'inversione dell'utero, per lo più, dà origine a frequenti e profuse emorragie, a grande molestia ed a dolore; ma di quando in quando incontra che i sintomi non sieno così accentuati da attirare molto l'attenzione fino a che non è un certo tempo che dura la malattia. Che i sintomi e la storia del caso non sempre rivelano la sua natura vera è dimostrato dal fatto che l'inversione dell'utero è stata spesso ritenuta e curata come polipo.

Quanto alla *diagnosi differenziale fra l' inversione completa ed il polipo* dobbiamo dire che, in entrambi i casi il tumore è generalmente più o meno piriforme; in entrambi i casi il tumore finisce in sopra con una porzione ristretta e vi sono emorragia, leucorrea e sintomi prodotti dalla pressione sui visceri adiacenti; ma nel caso d'inversione, nè la sonda, nè il dito possono oltrepassare il peduncolo del tumore, mentre nel caso di polipo che sporge nella vagina dall'interno della cavità dell'utero si può introdurre uno strumento che oltrepassi il collo del tumore; siccome questo collo è circondato dalla bocca del-

l'utero la sonda può penetrare nell'interno di questo. Ma non si può assolutamente contare su ciò, giacchè talvolta è difficile entrare nella parte alta della cavità dell'utero quando realmente vi è [1] e talvolta trovasi che vi sono adesioni dei lati del polipo coll'adiacente parete della vagina o colla parte interna del collo dell'utero (West, Blundell); ed, oltre a ciò, può avvenire che il polipo cresca da una parte della cavità uterina che sta presso all'orificio (Gooch). Si è detto che nei casi d' inversione il tumore sia molto sensibile; che questa sensibilità manchi quando si tratta di polipo; che la superficie dell'utero in stato d'inversione sia scabra, mentre la superficie di un polipo è levigata; ma non possiamo affatto fondarci su queste distinzioni ipotetiche. Se si osservano le parti nella prima settimana dopo il parto, la mancanza del fisiologico tumore uterino nella regione ipogastrica, una alla presenza di un tumore resistente e rotondo nella vagina, dimostreranno la natura del caso; in un periodo più tardivo questo segno non sarebbe buono, o almeno non ha pari valore. Un altro modo di osservare, che ci mette al caso di distinguere l'inversione dal polipo è l'esame combinato dal retto e dalla vescica, cioè introducendo il dito nel retto ed una sonda nella vescica, col quale mezzo si può accertare l'allontanamento del corpo dell'utero dalla sua posizione normale (Arnott).

Nei casi d'*inversione parziale dell'utero* le difficoltà circa la diagnosi sono molto più notevoli di quelle che s'incontrano quando la inversione è completa. Allora il peduncolo del tumore è circondato dalla bocca dell'utero come si osserva quando un polipo protubera in basso dall'utero nella vagina. Nei casi d'inversione parziale però, la sonda non può oltrepassare il cerchio costituito dalla bocca dell'utero, mentre quando trattasi di polipo la cavità può anche essere più lunga del solito. Di quando in quando si è osservato uno stato complesso, in cui il criterio diagnostico da noi accennato può essere fallace; cioè quello in cui vi ha un polipo dell'utero che forma la parte più bassa del tumore, il quale ha trascinato seco in basso il fondo dell'utero ed ha prodotto inversione parziale, mentre in realtà, vi è concomitanza del polipo uterino e dell'inversione dell'utero. Il Dr. McClintock [2] chiamò l'attenzione sovra un nuovo segno diagnostico della inversione ed è il seguente: quando vi ha inversione, tirando il tumore in giù, il labbro formato dalla bocca sparisce; sospendendo la trazione di nuovo si mostra. Uno scrupoloso studio dell'anamnesi e l'esame delle parti, sono necessarii per poter fare una conclusione esatta in questi casi dubbii. Il tumore dipendente da una parziale inversione dell'utero è duro e resistente, come un polipo

[1] Veggasi *Lancet*, 1827—28, vol. i. p. 327.
[2] *Op. cit.* p. 91.

fibroso; i sintomi da esso prodotti sono gli stessi — emorragie, scoli, ecc. — ma vi ha maggior dolore, maggiore molestia nei casi d'inversione che in quelli in cui trattasi soltanto di polipo. Ripeto che l'esame combinato per la via del retto e della vescica è importantissimo a stabilire la diagnosi, tanto più che nei casi di polipo protuberante in parte dalla bocca — che sono i casi speciali i quali simulano maggiormente l'inversione uterina — il corpo dell'utero è generalmente più o meno ingrossato per la presenza nel suo interno del polipo.

Cura.

Ordinariamente si è incontrata poca difficoltà a rimettere al suo posto un utero in stato d'inversione quando questa è stata scoverta subito, come durante il parto. Quando, però, la malattia è cronica, sono grandi le difficoltà che s'incontrano. Noi dobbiamo parlare prima della cura dei casi d'inversione cronica dell'utero, che sono semplici e non complicati.

Una volta in questi casi si faceva la sola cura dell'escisione; si liberava l' inferma del tumore e dei suoi incomodi per mezzo del coltello, cagionando, per necessità, durante il resto della vita, l'impossibilità di far figli e non di raro la morte. Per fortuna l'arte ha fatto un progresso nella cura di questi casi e presso i ginecologi ha incontrato generale approvazione un metodo per il cui mezzo si ristabilisce la forma naturale dell'utero anche nei casi di vecchia data. Valentin [1], nel 1847, ridusse un utero inverso dopo passato più di un anno dal momento in cui era avvenuta l'inversione. La riduziune fu eseguita coll'aiuto delle due mani, mettendo la sinistra sulla regione ipogastrica, la destra nella vagina ed afferrando il tumore coll' indice ed il pollice della mano destra. Queste manovre furono fatte mentre l'inferma era eterizzata; e dopo l'applicazione di una pressione continua in questa direzione, per circa dieci minuti, la riduzione fu compiuta e l' inferma perfettamente guarita. L' eterizzazione in questo caso fece sì che l'inferma potesse sopportare l'operazione, che precedentemente era stata abbandonata a causa del gran dolore che provocava. Canney [2], di Bishop Auckland, ridusse una inversione cronica, che durava da cinque mesi, nel 1852, sotto la cloroformizzazione e per mezzo di manovre molto simili alle sopra descritte. Poi seguì il caso di Barrier [3], anche nel 1852, la cui durata era considerevole. Di questi tre casi io non aveva notizia quando pubblicai la prima edizione di questa opera. Il Dr. Tyler

---

[1] Citato dalla *Gaz. Méd.* nei Ranking's *Abstracts* vol. vii.
[2] Ranking, vol. xvi.
[3] *Ibid.*

Smith [1], nel 1856 ridusse con successo un'inversione che durava da dodici anni, dopo parecchi giorni di cura, comprimendo e modellando l'utero colle dita per circa dieci minuti sera e mattina. Dopo ripetuti tentativi, il collo dell'utero, che era energicamente contratto intorno al collo del tumore protuberante, cominciò a cedere un poco ed il tumore potette leggermente rientrare nella bocca. Dopo ciascuna manovra mettevasi nella vagina un grosso pessario ad aria di gomma elastica e si distendeva tanto quanto poteva sopportare l'inferma. Il pessario fu portato, tranne poche eccezioni, notte e giorno. « Dopo più di una settimana di queste manovre » dice Tyler Smith, l'inferma sentì abbastanza dolore per un'intera notte e la mattina, quando fu osservata, si trovò che era avvenuta una completa reinversione. Dopo di allora, per pochi giorni, portò un piccolo pessario ad aria e mantenne la posizione sdraiata. Consecutivamente l'inferma divenne incinta.

La regola per cui si ottiene una felice riduzione in casi inveterati è di mantenere una pressione costante sulla parte inversa o piùttosto di conformare l'organo e comprimerlo colle dita introdotte in vagina e fare la contro-pressione dall'esterno; ove non si riesce così si applichi una pressione più continua, ma meno forzata, con un pessario ad aria di gomma elastica. La parte che fu l'ultima a prendere la posizione inversa deve essere spinta in alto la prima, come ha ben consigliato McClintock. L'utero può facilmente assumere la forma che si vuole e su questa sua proprietà debbono fondarsi i nostri tentativi; bisogna evitare le manovre repentine, troppo forzate e troppo brusche. Il cloroformio e l'etere, come la pratica mostra, sono preziosi ausiliarii della cura.

Il Dr. Marion Sims, nei casi difficili, propose di fare un'incisione verticale attraverso i tessuti uterini da ciascun lato, nel sito corrispondente alla bocca dell'utero, in modo da ottenere più facilmente la riduzione del tumore. Il Dr. Barnes [2] eseguì, con successo, un'operazione con questo metodo. L'inversione durava da alcuni mesi e la pressione continua non era riuscita. Egli tirò in basso l'utero e fece tre incisioni verticali. L'utero fu immediatamente ridotto col taxis e l'inferma stette bene. Egli raccomanda però che non si facciano più di due incisioni e che la pressione continua elastica (con sacchetti pieni di acqua) si adoperi per ridurre l'inversione.

Il metodo di riduzione del Dr. Emmet è il seguente: —

Con una mano nella vagina, si afferra e spinge in sopra il fondo tenuto nella palma della mano, poi si divaricano le dita al grado

---

[1] *Medico-Clin. Trans.* vol. xlii. p. 183.
[2] Med. Chir. Trans. vol. liii

massimo ; al tempo stesso coll' altra mano sull' addome si tenta di svolgere le parti che costituiscono l'anello facendo scorrere le pareti addominali sul suo margine. Questo processo si continua per qualche tempo e più tardi s'impiegano le estremità delle dita per completare la riduzione dell' inversione. Il Dr. Emmet ha anche fatto suture per avvicinare le labbra sul fondo dopo una riduzione parziale e mantenere temporaneamente ciò che si è guadagnato [1].

Nell' operazione del Dr. Emmet un elemento importante è la contropressione sull' utero dall'alto ed il taxis così applicato a lui ha dato grandi successi. Il D. Tate di Cincinnati [2] riferisce un caso importante in cui la contropressione fu fatta da sopra per mezzo di due dita introdotte nel retto e spingendo in alto il fondo coi due pollici. Siccome questa manovra stancava le dita fu dilatata l'uretra e vi s'introdusse un dito dell'altra mano per avere la contro-pressione d'avanti e da dietro. Finalmente si ottenne la riduzione facendo la pressione con un' asta applicata in sotto invece dei due pollici. Per tre giorni furono situati dei fili di argento sulla bocca dell'utero.

Il Dr. Jas P. White dice che, giusta la esperienza, « una pressione ben diretta sul fondo, se continuata abbastanza a lungo, procurerà la riduzione in tutti i casi, se non vi sono adesioni resistenti, qualunque sia il tempo da che dura l'inversione » [3].

Il suo metodo di riduzione è il seguente: L'operatore s'inginocchia sul pavimento, mentre l'inferma giace sul dorso al margine del letto sotto l' anestesia. Allora, colla mano destra tutta introdotta nella vagina si manovra sull'utero, che si afferra comprimendo il tumore; contemporaneamente si mette in giuoco l'apparecchio del Dr. Wihte. Esso consiste in una coppa ed un'asta di gomma dura; questa ultima è un poco curvata e finisce all'esterno con una molla spirale in forma di piramide di fil di acciaio. La coppa si situa contro il fondo dell'utero e la base della molla contro il petto dell'operatore, la cui mano sinistra fa la contropressione sulla parte superiore dell'utero attraverso le pareti addominali.

Il Dr. White parla di tre casi tipici la cui durata rispettiva era di sei mesi, tre anni e ventidue anni; nell'ultimo di questi casi si fece la riduzione in meno di due ore. Il Dr. White dice che egli a questo modo eseguì con successo la riduzione in altri nove casi.

L'esperienza più recente di varii operatori sembrerebbe che sia favorevole alla riduzione dell'utero inverso mercè un processo di pressione elastica continua per qualche tempo, da preferire ad un metodo più rapido e sbrigativo, e si sono adottati con successo varii metodi di applicazione di questa pressione elastica continua.

---

[1] *Op. cit.* (2ª ediz) p. 424.
[2] *Cincinnati Lancet and Observer*, March 1878.
[3] *Transactions of Philadelphia Medical Congress*, 1876.

Il Dr. Barnes adoperava un'asta munita d'una cuffia elastica allo scopo di mantenere la pressione. (Si usava dopo incisa la bocca dell'utero in due o tre punti della sua circonferenza per fare cessare



Fig. 125 [1].

o diminuire la contrazione; le incisioni erano profonde un terzo di pollice e lunghe due terzi).

Lawson Tait ha usato un'asta con estremità in forma di coppa, lunga sei pollici e la pressione si fa per mezzo di legature elastiche fissate all'asta fuori della vagina ed attaccate ad una fascia che circonda la vita.

Il Dr. Aveling [2] ha perfezionato quest' asta dando alla stessa una curva perineale esterna. Il Dr. Iohn Williams ricorda un caso così curato; una coppa di vulcanite si era adattata ad un'asta metallica, che aveva una curva perineale, e ad essa attaccavansi quattro nastri elastici, portandone due in avanti e due in dietro. Dopo ventiquattro ore toglieva l'apparecchio e si trovava una parziale reinversione. Riapplicavasi e fissavansi di nuovo i nastri e dopo altre

[1] Metodo di White.
[2] *Obst. Journ.* LXXIII. p. 21.

dodici ore l'operazione era compiuta. In questo caso l'inversione durava da due anni e quattro mesi. Il Dr. Aveling ricorda due casi proprii ed afferma che il tempo medio, speso in tre casi per ridurre

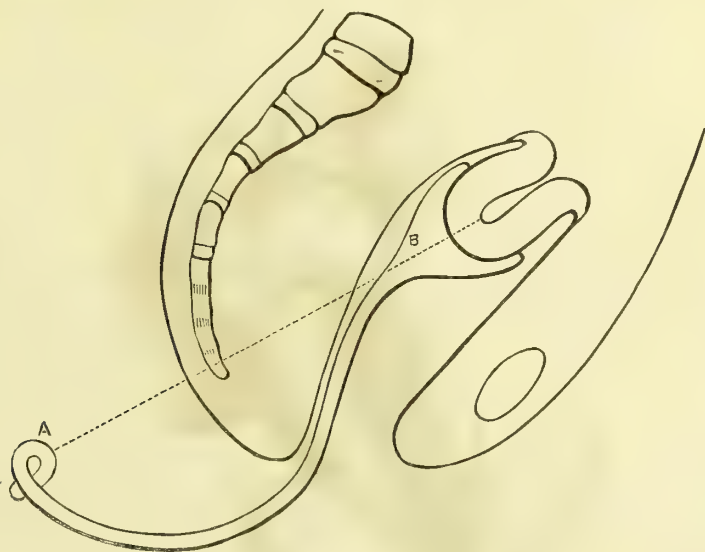


Fig. 126 [1].

l'utero, fu soltanto di quarantotto ore [2]. Un caso d'inversione è ricordato dal Dr. Gervis [3] curato in simil guisa, dopo che con altri metodi si era ottenuto solo un parziale successo. Il Dr. Wing di Boston, S. U. d'America, riferisce un caso della durata di quattordici mesi guarito in tre giorni col suddetto metodo.

Riduzione dopo il taglio addominale. — Il Dr. Thomas di New York eseguì un'importante operazione in un caso ostinato. Egli tagliò l'addome, dilatò il cul-di-sacco dell'utero da dentro l'addome, con un dilatatore di acciaio e così ridusse l'inversione col taxis. Seguì la guarigione. Prècedentemente la pressione e la incisione non erano state coronate da successo. In tre altri casi, per mezzo di ingegnose modificazioni della cura colla pressione, il Dr. Thomas riuscì a ridurre l'utero.

La cura dei casi d'*inversione dell'utero accompagnata da polipo uterino* richiede poche parole. Quando il polipo ha una lunga base di attacco, il fondo può essere tratto in giù in tal modo da sembrare

---

[1] La fig. 126 mostra la forma dello strumento del Dr. Aveling; la linea A B indica in che verso è diretta la pressione.
[2] *Brit Med. Journ.* Sept. 6, 1870.
[3] *Obst. Journ.* lxxx. p. 373.

che il peduncolo del polipo sia l'utero stesso. Fu presentato un esempio di questo genere alla *Pathological Society* e diretto al Dr. Marion Sims, al Dr. John Ogle, ed a me, per osservarlo, nel



Fig. 127 [1].

quale era stato esciso tal tumore e con questo un pezzo circolare che comprendeva il fondo dell'utero [2]. Questo caso mostra la necessità di essere molto cauti nell'escidere tumori che protuberano dalla bocca dell'utero. Nella maggior parte dei casi in cui un polipo sporge nella vagina dall'utero, è trascinata un poco in basso la parete uterina e quando il peduncolo è largo questa parziale inversione dell'utero più probabilmente è estesa. La sonda in tali casi chiarirà le cose.

[1] La fig. 127, da un preparato dell'*University College Museum*, rappresenta l'inversione complicata a grosso tumore polipoide. Il tumore ha prodotto inversione completa dell'utero e della vagina.
[2] *Trans. of the Pathological Society*, vol. xvi. p. 210.

CAPITOLO XXXI.

PROLASSO DELL'UTERO

Osservazioni generali sulla patologia del prolasso uterino. — Meccanismo in virtù del quale l'utero è tenuto al suo posto.— Varie condizioni presenti nei casi di prolasso. — Illustrazioni di varii stati e complicazioni. — Meccanismo del processo. — Rapporto col cistocele, col rettocele e colle flessioni. — Allungamento ipertrofico del collo e sue varietà — Sintomi e corso del prolasso.

Diagnosi.

Cura. — Si deve conformare alle particolarità del caso. Cura del prolasso da ipertrofia del collo. — Escisione della parte—Altre forme di prolasso—Misure dirette 1) contro lo stato dell'utero; 2) contro lo stato dei sostegni dell'utero — Mezzi artificiali per mantenere l'utero al suo posto nella pelvi, coi pessarii, cogli apparecchi esterni, col restringimento dell' apertura vaginale o del canale stesso. — Descrizione dei varii processi operativi.

Il prolasso, o caduta dell'utero, è un'alterazione cui le donne, in una o altra forma, vanno estremamente soggette e non di raro produce molti inconvenienti e molestie. Siccome l'utero è intimamente connesso agli organi adiacenti, il suo spostamento in basso è quasi necessariamente accompagnato anche da spostamento maggiore o minore di questi organi. Il prolasso dell'utero, dunque, di raro è un affezione semplice e perciò sarà bene studiare insieme i varii spostamenti che più o meno spesso l'accompagnano, cioè il prolasso dell'utero, quello della vescica (cistocele), quello della vagina e quello del retto attraverso la vagina (rettocele).

La parola « prolasso » presso di noi generalmente si usa per indicare tutti i gradi dello spostamento. In America sembra che per « prolasso » s' intenda la caduta dell' utero nella vagina, mentre colla parola « procidenza » si è soliti d' indicare la sua uscita all'esterno dall'apertura vaginale. In questo libro col nome di prolasso indicheremo amendue le cose.

I rapporti e le connessioni anatomici dell'utero sono della massima importanza in tutto ciò che riguarda un esatta interpretrazione del prolasso. L'utero è sostenuto da un meccanismo complesso, le cui varie parti stanno in scambievole dipendenza e la mancanza o

l'indebolimento di una porta un'alterazione delle altre. Spesso è necessaria non poca attenzione per determinare ove cominciò la mancanza di sostegno, ma se questa ricerca non è coronata da successo ci mancherà la base di un metodo curativo.

Sostegni naturali dell'utero. — In un capitolo precedente abbiamo descritto gli elementi da cui l'utero è mantenuto al suo posto, ma sovratutto riguardo ai modi di prevenire quelli che si sono chiamati spostamenti minori dell'utero (veggasi p. 121). Ora, però, dobbiamo vedere fino a qual punto questi sostegni naturali dell'utero impediscono quegli ulteriori e più gravi spostamenti che costituiscono il prolasso o la procidenza propriamente detti. Il *peritoneo* ben boco si oppone al movimento in basso dell'utero. Il *legamento rotondo* ha un'influenza che per la maggior parte si spiega a limitare il movimento in dietro del fondo. Inoltre, quando l'utero è un pò disceso, si oppone ad una maggiore discesa. I *legamenti utero-sacrali* sono disposti in modo da impedire direttamente la caduta dell'utero. Sono resistenti fasce fibrose, che passano immediatamente da ciascun lato fra il collo uterino ed il sacro. Il Dr. Farre giustamente richiama l'attenzione sull'importanza di questi legamenti. I *legamenti larghi* — che a rigor di termini non sono legamenti, ma costituiscono semplicemente il mesentere della trombe di Falloppio — nel primo periodo del prolasso, si oppongono poco alla discesa dell'utero, ma necessariamente si oppongono ad una sua ulteriore discesa. I *legamenti utero-vescicali* congiungono molto intimamente l'utero alla vescica e snpponendo che la vescica distesa sia fissa, è quasi impossibile che l'utero scenda nella pelvi più sotto del suo naturale livello. La vescica, però, non è così fissa. Un movimento di tutta la vescica in basso per necessità trascina l'utero e, vicendevolmente, l'utero non può discendere senza trarre seco quella parte della vescica con cui è congiunto, cioè la posteriore. In ultimo, le *connessioni generali* dell'utero colle parti adiacenti , connessioni costituite da una grande quantità di vasi sanguigni e tessuto connettivo, formano, come il Dr. Lavage [1] ha mostrato, un altro importantissimo apparecchio che modera l'anormale mobilità dell'utero. Il Dr. West ritiene che il canale vaginale contribuisca molto a mantenere l'utero nel suo posto. Le ricerche del Dr. B. Hart, riferite a p. 122 spiegano in qual modo la vagina impedisce il prolasso dell'utero e l'importanza del solido sostegno che il perineo normale dà al pavimento del canale vaginale.

Nella sua medesima tavola [2] il Dr. Savage ha riprodotto osservazioni sperimentali (*necroscopiche*) sui legamenti dell'utero e indi-

[1] *Illustrations of the Surgery of the Female Generative Organs. 1863 Plate IX.*
[2] *Op. cit.*

cato la resistenza che oppongono alla discesa dell'organo. Si notò che la trazione moderata sul collo uterino, fatta con una pinzetta, comprimeva la vescica contro la pelvi, raddrizzava e tendeva i legamenti utero-sacrali, incurvava, ma non tendeva il ligamento rotondo. Tagliando i legamenti utero-sacrali l' utero scendeva più giù fino a che la bocca veniva fuori dalla vagina : le conseguenze furono che la vescica venne tratta in basso seguendo l'utero da vicino, il retto non si spostò , ma il ligamento largo in questo momento divenne teso per la prima volta.

Tagliando il legamento largo l'utero discese per un altro pollice, ma il connettivo pelvico sotto-peritoneale, massime ove circonda i vasi sanguigni uterini e ove è rafforzato da filamenti trabecolari, si oppose ad una maggiore discesa dell'organo. Fu prodotto il prolasso completo quando cedettero i ripiegamenti pelvici del legamento largo. Il legamento rotondo restò teso.

Il perineo, senza dubbio, è un importantissima parte che impedisce il prolasso e la procidenza completi e parziali dell'utero. Il Dr. Thomas, nell'ultima edizione (1880) del suo libro, lo ha dimostrato ad evidenza e colla sua concorda l'opinione di D. B. Hart. Il Dr. Thomas, nella suddetta edizione, dà le figure della forma e grandezza del perineo a conferma delle sue asserzioni. Egli ritiene che questo, allo stato normale, sia un triangolo concavo-convesso, che anteriormente sostiene la parete inferiore della vagina, mentre posteriormente sostiene la parete anteriore del retto. La fig. 8 fu da me pubblicata nel *Mechanical System of Uterine Pathology* due anni dietro ed in essa si vedono la forma e la grandezza del perineo simili a quelle riprodotte dal Dr. Thomas nella recente edizione della sua opera.

Da ciò che precede risultano importanti conseguenze circa all'azione moderatrice della semplice discesa dell'utero; ma nell'applicarle bisogna ricordare che esse suppongono uno stato normale preesistente (ed io vi aggiungerei anche la forma) dell'utero.

In realtà il prolasso dell'utero è un fatto complesso. Oltre a ciò è impossibile occuparsi del prolasso indipendentemente dalle flessioni; almeno sotto l'aspetto etiologico. Io ho già parlato a proposito delle *Flessioni* del meccanismo dei cangiamenti di forma dell' organo e del rapporto dei legamenti uterini colle flessioni. Ora, perciò, fra le altre cose, dobbiamo studiare il rapporto fra le flessioni ed il prolasso nelle sue varie forme e gradi.

In ogni caso di prolasso vi sono due elementi principali, talvolta separatamente, talvolta insieme.

Essi sono — 1) Il peso aumentato o la forma alterata dell'utero; 2) l' insufficienza o la distruzione degli elementi di sostegno sotto l'utero. La precedente classificazione, naturalmente, non include tutti i casi possibili; per esempio, le escrescenze ipertrofiche che dal collo dell'utero si dirigono in basso.

Il rapporto fra i varii elementi causali nei casi ordinarii è facilissimamente chiarito dalle descrizioni dei casi reali.

Così — *a*) Durante un parto il perineo è lacerato e l'apertura vaginale è aumentata di ampiezza; il pavimento della vescica, non sostenuto così bene come dovrebbe essere, va ad occupare una posizione più vicina del solito all' ostio vaginale. Un leggiero sforzo fa aumentare questa discesa della vescica, l'utero la segue e subito prende una posizione più bassa della normale nelle pelvi.



Fig. 128 [1].

O *b*) insieme a questa ingrandita apertura perineale la donna è soggetta ad insufficiente involuzione dell'utero. Comincia a muoversi troppo presto dopo il parto, l'utero prima si fa un poco antiverso, poi antiflesso; e la vescica, sostenuta meno del solito inferiormente e compressa da sopra, cede. La conseguenza, forse, è che si conferma l'antiflessione e si forma un cistocele.

Si può assistere ad un fatto ulteriore, ordinariamente dopo decorsi molti anni, cioè alla discesa completa di tutto l'utero fuori la vulva.

O *c*) l' inferma non è maritata. Vi è antiflessione dell' utero. La vescica è lentamente spinta in giù e quando l'ostio vaginale non sia alterato, gradatamente protrude.

O *d*) l'inferma poco dopo il parto è andata soggetta a retroflessione dell'utero. Il parto è stato anche accompagnato da lacerazione del perineo. L'utero scende subito più basso nella pelvi, e al tempo stesso si accentua la retroflessione, e prima di tutti la parete posteriore della vagina protrude dall'apertura vaginale (rettocele), poi il fondo dell' utero. Più tardi tutto l' utero può uscire dalla vulva, restando, però, ancora retroflesso (veggasi fig. 128).

O *e*) la parte più bassa dell'utero si allunga e segue che il collo in ultimo esce fuori della vulva, trascinando la vescica più o meno completamente. Questi casi costituiscono essi soli una classe e saranno più diffusamente qui descritti.

---

[1] La fig. 128 rappresenta un caso osservato nell'*University College Hospital*, età 42 anni. L'inferma aveva avuto due figli — l'ultimo 19 anni dietro. Guarì coll' operazione.

Potremmo aumentare agevolmente il loro numero.

Abbiamo dato i precedenti chiarimenti allo scopo di mostrare i varii *primi passi*, come potremmo chiamarli, verso il prolasso. La *occupazione* e l'*età* sono due elementi di notevole importanza che alterano nei diversi casi il carattere del prolasso. Un' occupazione che richiede si stia in piedi molto, senza dubbio, provoca il prolasso in grado notevole ed a misura che l'età si avanza, ove la quantità del grasso del corpo diminuisca, l'utero è più soggetto di prima a discendere.

Gli sforzi violenti sono, manifestamente, atti a produrre prolasso repentinamente, pur quando le parti precedentemente erano sane e non vi era stato parto; ma, più comunemente, l'azione degli sforzi è più indiretta, essendo loro primo effetto la flessione, che diviene il punto di partenza da cui si va, in ultimo, al prolasso. Le flessioni producono il prolasso molto spesso nel seguente modo: la defecazione è resa difficile dalla flessione; l'inferma trova necessario di sforzarsi moltissimo per evacuare, in tal guisa tutto il contenuto pelvico è spinto in giù; i sostegni dell'utero vengono tesi; la flessione si aggrava e subito l'utero esce dalla vulva.

Si osserva il cistocele, come abbiamo già accennato, segnatamente insieme ad una rottura del perineo ed all'antiflessione dell'utero, ma può manifestarsi indipendentemente dalle lesioni perineali, ed in donne che non hanno avuto figli. In tal caso il tumore che si forma e protrude dalla vulva è piccolo e si riduce con facilità. Si osserva il cistocele, quando il collo dell'utero vien fuori. Questa osservazione si applica a quella parte del collo che è intimamente congiunta alla vescica e quando questa parte del collo discende la vescica deve seguirla. Quando tutto l'utero sta fuori della vulva, vi deve essere una notevole parte della vescica protuberante all'esterno. Ma quando la parte del collo che sta *sotto* il ripiegamento della vagina, come talfiata incontra, è la sola ipertrofizzata e sporge in basso, forse in forma conica, attraverso la vulva, in tal caso non è necessaria una simultanea discesa della vescica e non è solita la complicazione del cistocele.

Il cistocele, quantunque ordinariamente non è accompagnato da altro, quando è in grado leggiero, che da molestia, può divenire una causa di tormento per l' inferma. Così una donna maritata di quarant' anni compiuti , che non avea avuto figli , si presentò per essere curata all'*University College Hospital*. Vi era un tumore protuberante della grandezza dell'estremità di un uovo di gallina, formato dalla vescica. Era sensibile al tatto a tal grado che il menomo urto provocava dolore cruciante. Il suddetto tumore non si potea mantenere sollevato , per anni non era stato possibile l' amplesso coniugale e si erano tentati varii mezzi per migliorare lo stato della

inferma; fra le altre cose inutilmente si era eseguita l'incisione di una parte della mucosa vaginale. Io trovai che la malattia dipendeva da antica antiflessione dell'utero. La donna quasi guarì definitivamente re-

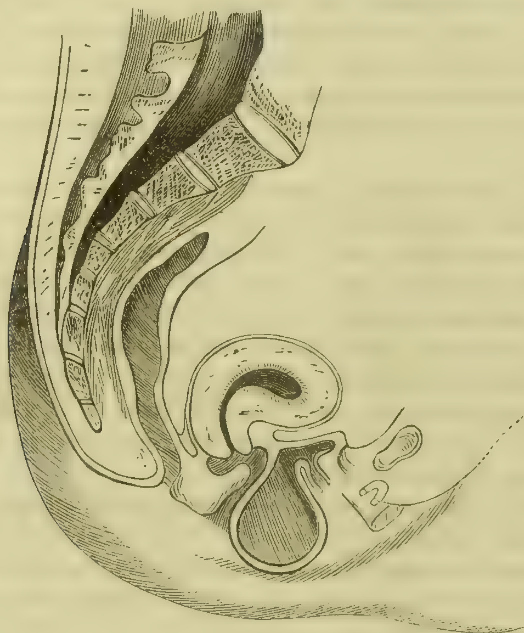


Fig. 129 [1].

strigendo molto l'apertura vaginale, ma allo stesso tempo furono adottate misure per impedire la discesa del fondo dell'utero anteriormente, che era stata chiaramente la causa prima del male.

Il rettocele, ed i suoi rapporti col prolasso, costituiscono un argomento importante. Il rettocele, che è una semplice sporgenza di un segmento del retto attraverso un'incompleta parete vaginale, in generale è prodotto da lacerazione del perineo. Non avviene sempre quando il perineo si lacera ed in realtà è piuttosto raro. È di varii gradi ed io generalmente l'ho visto associato a retroflessione dell'utero, benchè non sia affatto cosa comune che i casi di retroflessione sieno complicati dal rettocele. Talvolta l'affezione è delle più dolorose che possano immaginarsi; gli sforzi necessarii per defecare talvolta sono forti e, quando si protraggono, ho visto che sono accompagnati da un'ulcera del retto, da perdita di sangue alla menoma irritazione e da estremo dolore quando si tocca la parte. La natura

[1] La fig. 129 rappresenta l'antiflessione congiunta a cistocele. Si tratta del caso descritto nel testo, in cui vi era estrema iperestesia della vescica prolassata, inspessita ed ipertrofizzata.

di questi casi speciali si può interpretrar male, ma sembra abbastanza ovvia la loro genesi. L'incurvamento nelle parte inferiore del retto impedisce il passaggio delle feci che si accumulano giorno per

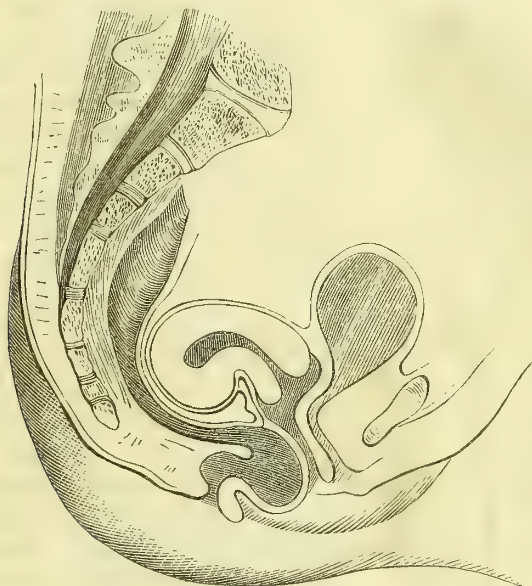


Fig. 130 [1].

giorno e mese per mese, con grande sforzo, sulla parte del retto ove trovasi l'incurvamento, da ciò segue un'ulcerazione, la perdita di sangue ed altri gravi sintomi, talvolta a tal grado da costringere le inferme che ne soffrono a dichiarare che non val la pena vivere a tal prezzo. In alcuni casi al contrario, l'inconveniente prodotto dal rettocele è meno accentuato.

L'ipertrofia dell'utero ed il suo rapporto col prolasso è un argomento che richiede una discussione a parte. Huguier [2], nel 1859, descrisse e rappresentò con figure parecchi casi indicati come casi di allungamento ipertrofico del collo dell'utero; e d'allora le sue osservazioni hanno prodotto una più minuta ricerca delle varie condizioni che si osservano nel prolasso.

Seguendo la sua classificazione abbiamo casi di 1) allungamento ipertrofico della parte del collo che sta sopra il ripiegamento vaginale (veggasi fig. 131), 2) casi di allungamento ipertrofico della por-

---

[1] La fig. 130 rappresenta lo stato descritto nel testo. Trattavasi d'una signora di 42 anni, la quale soffriva da alcuni anni; l'utero era passionato da retroflessione cronica. Il retto si vede nello stato che assumeva sempre nell'atto degli sforzi di defecazione.

[2] *Mém. de l' Académ. Imp. de Méd.* tom. XXIII.

zione intravaginale del collo. In ambo i casi il prolasso che può avvenire è considerevole; ma nel primo caso la vescica per necessità e prolassata insieme al tumore, mentre nel secondo (veggasi fig. 132) non è assolutamente necessario che la vescica sia spostata.



Fig. 131 [1].

In amendue le classi di casi il fondo dell'utero può restare al suo posto normale nella pelvi ed è ovvio che, se vi ha un considerevole prolasso, il canale uterino deve essere enormemente allungato. Questa e la realtà delle cose e la distanza, misurata colla sonda, può esser tale da giungere a quattro pollici dalla bocca al fondo dell'utero; nei casi avanzatissimi può essere maggiore.

I casi d'ipertrofia sopra-vaginale si osservano principalmente nelle stiratrici e nelle cuoche, le cui occupazioni richiedono che stieno prolungatamente in piedi. Il meccanismo per cui avviene questo speciale allungamento del collo è singolare. Sembra che l'allungamento dipenda dallo stiramento che la porzione vaginale del collo spiega sulla sopra-vaginale, a causa del quale l'organo è disteso. La vescica probabilissimamente è la prima a discendere in questi casi, o perchè il perineo è un pò insufficiente come sostegno, o perchè il fondo è inclinato in avanti e l'effetto della discesa della vescica è che il collo, il quale è intimamente aderente alla vescica, discende con esso e si allunga. Questo meccanismo implica che sia fissata la parte superiore dell' utero. In alcuni casi il peso della sola porzione vaginale del collo sembra che basti a produrre questo allungamento ipertrofico, quando l'inferma è stata soggetta all'influenza di prolungati sforzi stando in piedi.

Incontriamo tutte le gradazioni della malattia. Le figure qui an-

[1] La fig. 131 rappresenta un caso d'ipertrofia sopra-vaginale del collo in una donna maritata, di 47 anni. Per due anni aveva avuto prolasso ed era stata costretta a portare un pessario di bosso del diametro di 3 $^{3}/_{4}$ pollici per sostenere l'utero. Nella memoria di Huguier si trovano figure relative a casi simili.

nesse rappresentano casi reali. Nella fig. 132 si vede un semplice allungamento ipertrofico della porzione intra-vaginale in una donna giovane. Nella fig. 133 si vede l'allungamento della porzione intra-



Fig. 132.

vaginale in una donna che ha avuto figli. Nella fig. 134 si osserva un allungamento ipertrofico della stessa porzione accompagnato a retroflessione; questa combinazione è rara.

Io ho visto casi in cui il tumore esterno, costituito da organi prolassati, era così grande come la testa di un feto. In tali congiunture vi è un considerevole inspessimento del tessuto connettivo che circonda l'utero. L'organo stesso è molto inspessito ed ipertrofizzato lateralmente e longitudinalmente ed in alcuni casi, insieme alla vescica ed all'utero, alcune anse dello intestino passano in giù e contribuiscono ad ingrandire il tumore.

Le asserzioni di Huguier circa la frequenza dell'allungamento ipertrofico del collo, non sono giustificate dalla mia pratica. D'altronde, circa gli stati collaterali che si osservano in questi casi speciali, la relazione di Huguier sembra esatta.

Quanto al prolasso in generale i principii precedenti sono quelli che io ho adottato. La grandissima importanza delle flessioni, essendo in moltissimi casi il punto di partenza dello spostamento, sembra che debba occupare un posto rilevante.

Dal prolasso dipendono varii effetti secondarii. Così, nei casi di cistocele la vescica si vuota con difficoltà, può avvenire ritenzione

di una piccola parte di urina e si può aggiungere, come complicazione, la cistite cronica. L'utero stesso, quando è prolassato, spesso si ulcera e si escoria, intorno alla bocca dell'utero si osservano



Fig. 133.

larghe piastre, della grandezza della palma della mano, esulcerazioni e perdite di sangue al più leggiero contatto, le quali ultime sono prodotte dall'attrito del tumore contro le coscie. Il tumore stesso, stando a lungo scoverto, diviene talvolta duro e coriaceo al tatto, la mucosa vaginale invertita perde i caratteri di una membrana mucosa e sembra più somigliante alla cute adiacente. Le molestie che accompagnano la defecazione sono grandi, e, come ho già detto, nel caso di rettocele possono divenire vere torture. Non vi è bisogno di dire che il malessere generale prodotto dalla presenza di un tumore nella vulva, il quale cangia di grandezza di quando in quando, impedisce la locomozione, molesta l'inferma dando origine a profusa leucorrea, ad accidentali perdite di sangue, e molti altri disturbi, tutto ciò costituisce un male grave.

Finalmente, in alcuni casi, il tumore può essere tanto grande e gonfio che si strozza realmente e vi si manifesta la mortificazione; oltre a ciò le adesioni flogistiche ponno essere di tal grado attorno

al peduncolo del tumore che il suo rientramento può essere difficile e in qualche caso impossibile.

DIAGNOSI.

Tutti i casi di prolasso dell'utero hanno di comune che la bocca è il punto più basso. Le variazioni osservate sotto altri aspetti sono numerosissime. Nella forma più semplice dell'affezione il collo uterino si sente più in basso del solito e la vagina è proporzionatamente accorciata. D'altra parte nei gradi massimi l'utero discende tanto da giungere quasi tutto fuori l'ostio vaginale ed allora il canale vaginale è completamente invertito, la vescica è anche trascinato all'esterno ed il retto può essere spostato in modo simile. Così in un caso avanzato di prolasso uterino possiamo vedere simultaneamente la discesa dell'utero con prolasso della vescica e del retto (cistocele vaginale e rettocele).



Fig. 134.

Se troviamo un tumore conico, resistente, levigato alla superficie, che protubera in basso nella vagina o fuori di questa, e la bocca dell'utero sta alla sua estremità o vicino, trattasi d'*ipertrofia ed allungamento della porzione vaginale del collo dell'utero.* Insieme

a ciò non si osserva ordinariamente un notevole grado di prolasso della vagina ed il dito incontra il *cul* di sacco vaginale presso che al suo posto (veggansi le fig. 132 e 133). La forma del tumore generalmente è conica, ma può essere più ampio all' apice che alla base; una parte del labbro può essere più grossa di un'altra, nel quale caso l'apertura sembra che non sia precisamente alla estremità del tumore, e la bocca stessa può essere fenduta ed ulcerata secondo il grado dell'irritazione a cui la parte è sottoposta. La forma generale, la resistenza del tumore e la posizione della bocca dell'utero, lo fanno distinguere abbastanza da altri tumori che occupano la vagina.

Ipertrofia della porzione sopra-vaginale del collo. — In questa classe di casi sta il prolasso della vagina, ed il dito perciò non può giungere fino al punto ove ordinariamente giunge. L'uso della sonda renderà subito evidente se la discesa della bocca dell'utero, che trascina la vagina, dipenda da discesa di tutto l'utero o da ipertrofia della parte più bassa di questo organo — il collo. La congiunzione della parte cervicale dell'utero colla vescica in avanti è tale che quando il collo è spinto in giù la vescica lo segue; il grado del prolasso della vescica, ordinariamente, dipende dal grado del prolasso dell'utero. La fig. 25 (presa dall'opera del Dr. Farre (rappresenta tale stato (Veggasi anche la fig. 131). In tal modo il retto è soggetto, ma in minor grado, a prolassarsi insieme alla parte più bassa dell'utero e la conseguenza è che nei casi di grande prolasso del collo, con o senza ipertrofia della parte, vi è un tumore molle in avanti — la vescica — ed uno più piccolo in dietro — il retto — fra i quali due tumori sta la bocca dell'utero. Un esame combinato dal retto col dito e dalla vescica colla sonda, farà decidere se il fondo dell'utero è o no al suo posto normale; l'uso della sonda uterina contribuisce a stabilir ciò.

Il *prolasso vero di tutto l'utero* si può trovare congiunto ad ascessi, a tumori ovarici, o ad entrambi, o a rilasciamento dei tessuti della vagina, a causa di frequenti parti.

Il prolasso, completo o prodotto da ipertrofia della porzione sopra-vaginale del collo, è difficile che si confonda col polipo, coll'inversione dell'utero o coi grossi tumori che partono dalla bocca uterina, ove si presti attenzione alla posizione di questa ultima rispetto al corpo del tumore. I soli casi d'ipertrofia della porzione vaginale si potrebbero confondere con un polipo sporgente nella vagina dall'interno dell'utero, in quelle circostanze in cui la bocca dell'utero è distorta, parzialmente schiacciata o tanto alterata da non essere riconosciuta da un osservatore accidentale. Io ho visto una signora la quale era curata per prolasso e portò un pessario per parecchi mesi, mentre trattavasi di un polipo manifesto, attaccato per mezzo di un sottile peduncolo alla parte interna del collo dell'utero.

Prolasso associato alla gravidanza. — In alcuni casi rari l'utero, come che prolassato, diviene gravido. Sarebbe un grave errore l'usar la sonda in tal congiuntura e provocare l'aborto. Per noi basta di aver messo in guardia contro questa possibile combinazione.

Cura delle varie forme di prolasso.

Siccome le varie forme di prolasso dell'utero, della vagina, ecc. hanno un meccanismo diverso nei varii casi, la cura per necessità varia. La cura non può essere efficace se non si annette la debita importanza ai varii elementi che concorrono a produrre il prolasso.

Noi possiamo occuparci, in primo luogo, della cura di quei casi in cui vi ha *ipertrofia del collo* — giacchè il prolasso, per lo più, dipende o è costituito da questa ipertrofia.

a) *Casi d'ipertrofia della sola porzione vaginale.* — Sembra che in molti di questi casi l'ipertrofia del collo possa diminuire molto con una cura conveniente — cioè, col riposo, colle frequenti docce calde e colle applicazioni astringenti. Oltre a ciò, sembra che in un certo numero di questi casi l'ipertrofia della bocca dell'utero dipenda da lacerazione del collo e dalla conseguente ipertrofia ed eversione. In queste ultime congiunture bisogna eseguire l'operazione descritta in uno dei precedenti capitoli.

La grande lunghezza del collo, che talvolta si osserva, sembra che possa diminuire molto colle misure opportune, massime col riposo e la mancanza di trazione sul collo. Vi sono però casi nei quali, dopo di essersi fatta una cura conveniente, il solo mezzo efficace consiste nell'amputazione del collo ingrandito. L'operazione si può eseguire col coltello o colle forbici curve, collo schiacciatore a filo metallico o a catena, o colla galvano-caustica, o col termo-cauterio di Paquelin. Il coltello è lo strumento più sbrigativo e di più facile uso, ma spesso è imponente l'emorragia della superficie tagliata. Un' obbiezione fatta allo schiacciatore è che, se la catena non si adatta strettamente all'estremità dello strumento, è probabile che si trasportino nello schiacciatore tessuti che non dovrebbero essere toccati. Perciò, se si usa lo schiacciatore a catena, questa deve applicarsi non presso all'apice della vagina, ma un poco più sotto. Il Dr. Thomas, nell'ultima edizione della sua opera descrive un paio di forceps con lunghi denti, per mezzo dei quali il collo è afferrato prima dell'amputazione e così si evita che il filo metallico scivoli in alto durante l'amputazione. L'apparecchio galvano-caustico, come lo schiacciatore, ha il vantaggio di prevenire l'emorragia. Tutto considerato, è da raccomandare il coltello, o le forbici curve, se il collo del tumore è molto grosso, tenendo pronto un cauterio per arrestare l'emorragia, e invece lo schiacciatore a catena o a filo

metallico (veggasi fig. 136), o il termo-cauterio quando il collo del tumore è più piccolo. In molti casi basteranno ad arrestare l'emorragia della filaccia bagnata nel percloruro di ferro ed applicata sulla superficie cruenta, l'accurato tamponemento dalla vagina mentre è applicato lo specolo, come si fa nei casi di ordinaria emorragia dell'utero. In qualche caso, prima di eseguire l'operazione, bisogna tirare in basso il tumore quanto più è possibile, per agevolare le manovre necessarie. È una saggia misura l'attraversare il collo, *superiormente* alla linea su cui deve cadere l'amputazione, con un forte laccio prima di escidere, giacchè spesso incontra che l'utero si retragga e perciò è meno facile dominare l'emorragia.

Il Dr. Marion Sims ha modificato questa operazione. La sua modificazione consiste nel covrire il moncone, come potrebbesi chiamare, della parte amputata, con membrana mucosa; la metà anteriore si covre con mucosa precedentemente dissecata in forma di lembo, come si fa nelle amputazioni ordinarie; e la metà posteriore si covre con altro lembo simile tolto dalla sottostante superficie del collo uterino. Quando la perdita del sangue è leggiera e si arresta facilmente, questo processo rende l'operazione più elegante e perfetta. Se si debbono usare gli stittici è inutile covrire il moncone coi lembi di mucosa, non potendo aderire.

b) Casi d'ipertrofia della porzione sopra-vaginale del collo dell'utero. — I casi di allungamento ipertrofico del collo ora si curano non raramente col metodo proposto da Huguier, cioè coll'escisione; ed io in pochi casi l'ho adottato con buon risultato.

Quando l'ipertrofia è molto notevole, questa è la sola cura sodisfacente; ma prima di decider sulla sua necessità, l'inferma deve essere tenuta a letto per una o due settimane allo scopo di accertare fino a qual grado migliora l'affezione col riposo. È un fatto, notato da Kiwisch, che il riposo fa diminuire la massa del collo in questi casi. Il riposo e l'uso prolungato delle affusioni fredde sono più efficaci, ma quando la malattia è di antica data ed il canale uterino oltrepassa la lunghezza totale di quattro pollici, tali mezzi palliativi non bastano e le classi più povere, fra cui l'affezione è accentuatissima, non possono condannarsi ad un riposo prolungato ed aversi i riguardi necessarii. Due sono i mezzi palliativi di cui possiamo disporre — 1) L'uso dei pessarii e 2) la chiusura dell'orificio vaginale fino a tal grado da impedire che esca il collo dell'utero, secondo un metodo che ora descriveremo. Ciascuno di questi mezzi di cura ha i suoi vantaggi speciali, secondo la natura del caso. Molte volte bastano; ma in pochi casi, come si può supporre, o sono inapplicabili, o, a lungo andare, non sodisfacenti.

L'operazione di Huguier si esegue nel seguente modo. Si fa un'incisione dietro la bocca dell'utero attraverso la parete vaginale,

di forma semicircolare e diretta verso il centro del collo uterino. Allora si disseca in alto per mettere allo scoverto il collo ipertrofizzato e si libera dalle sue aderenze posteriormente — badando attentamente ad evitare il ripiegamento del peritoneo che ivi trovasi. Una corrispondente incisione e dissezione si fa in avanti; ivi, però, è necessaria una grande attenzione per evitare di offendere la vescica. Scoverta tanta parte del collo quanta se ne crede necessaria, si escide col coltello. Huguier a principio usava il coltello per asportare il collo, ma poi si servì dello schiacciatore, avendo sperimento che l'emorragia dava noia quando adoperava il coltello. Questa è la descrizione sommaria dell'operazione. Il risultato è che si asporta una parte conica di tessuto, compresa la bocca dell'utero, la porzione vaginale e la sopra-vaginale del collo. Nella memoria originale sopra citata, Huguier afferma che egli ha eseguito l'operazione quattordici volte. Soltanto in uno di questi casi seguì la morte — non per l'operazione —.

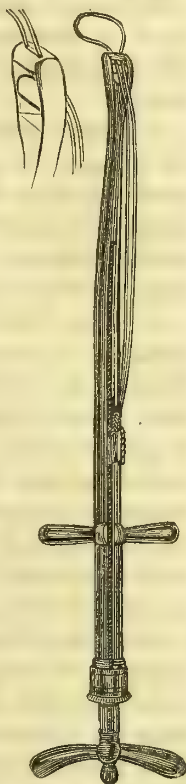


Fig. 135 [1].

A giudicare dalla mia esperienza l'operazione è buona e talvolta costituisce il più breve cammino alla guarigione. La dissezione e la scovertura del collo sono l'atto che è accompagnato dalle maggiori difficoltà e deve essere compiuto con precauzione. La vescica può giungere a mezzo pollice dalla bocca dell'utero, nel qual caso è evidente che è necessaria un'estrema cautela per evitare di ferirla; il ripiegamento peritoneale che sta in dietro deve essere diligentemente lasciato intatto. Mantenendosi vicino al duro tessuto della porzione cervicale dell'utero si raggiungono questi due intenti. Una sonda introdotta nella vescica mostra la posizione della stessa e serve di utile guida durante l'operazione. Per la dissezione bisogna adoperare le forbici; il coltello dà origine a molesta emorragia. Io credo che una dissezione profonda — oltre un pollice e mezzo o al massimo due pollici — raramente sia necessaria, giacchè se il collo ipertrofizzato e, ordinariamente, inspessito si escide per questa lunghezza, il riposo, che per necessità dee tener dietro all'operazione, basterà a compiere la guarigione. Bisogna guardarsi dalla retrazione del collo amputato attraversando precedentemente l'utero sopra al punto in cui cade la divisione. I margini della mucosa si possono portare sul moncone e ricucire con

[1] Shiacciatore da usarsi con filo di acciaio temprato (Meyer e Meltzer).

punti di sutura per covrirlo, giusta il metodo di Sims, ove si preferisca questo ad altri.

Delle varie specie di schiacciatore quello a filo di acciaio è più conveniente all'amputazione del collo dell'utero in tali casi. Meyer e Meltzer hanno costruito uno schiacciatore (fig. 135) in cui il filo e la fenditura combaciano esattamente e vi ha minor probabilità di afferrare tessuti sani, mentre la forza dello strumento è grandissima.

Prolasso senza allungamento del collo. — Questo abbraccia i casi più comuni di prolasso. Nel curarli le indicazioni sono quasi sempre varie; la cura dee aver di mira tanto la causa primaria, quanto gli effetti secondarii. 1) Lo stato dell'*utero* e 2) lo stato dei suoi *legamenti* debbono essere studiati, adottando quelle misure che correggono i difetti e le alterazioni.

1. *Stato dell'utero.* — Nella maggior parte dei casi di prolasso il punto di partenza è stato una difettosa o alterata condizione dell'utero, che avrebbe potuto sparire completamente con una relativa cura. Oltre a quei casi speciali di allungamento ipertrofico del collo di cui ci siamo già occupati, lo stato dell'utero che più frequentemente reclama mezzi terapeutici, nei casi di prolasso, è l'anormale volume e pienezza dell'organo, in realtà molto spesso associata ad antica flessione e ad altra incomoda alterazione della sua forma. La cura necessaria nei casi in cui vi ha flessione, almeno per quanto concerne l'utero, è stata trattata nel capitolo sulle *Flessioni* e non è necessario riparlarne. Non bisogna dimenticare, però, che casi di prolasso, in origine realmente prodotti da flessione, cessano di presentare questo elemento in una forma riconoscibile, quando l'affezione ha durato molti anni. Tutto ciò che allora vediamo è il prolasso avanzatissimo; l'utero stesso è da quella epoca trasformato.

Fra i mezzi generali sempre richiesti in questi casi, il riposo, il vigilare le funzioni dell'intestino per evitare le defecazioni stentate, le iniezioni ed una regolare dieta, sono molto importanti.

2. *Stato dei legamenti uterini.* — I metodi di cura a cui una volta ricorrevasi per prevenire o guarire il prolasso fondavansi sull'unico principio di evitare che il tumore uscisse fuori dall'apertura vaginale. Le fasce, i guancialetti esterni, i pessarii di bosso o in forma di disco—applicati internamente—erano i principali mezzi di « sostegno » dell'utero, e di compenso al difettoso stato dei legamenti uterini. Poi seguirono i perfezionamenti alle operazioni dirette a restringere il canale vaginale e così ricostituire il perduto sostegno dell'utero in un modo più naturale. Ma ancora si possono ottenere maggiori perfezionamenti e questi si raggiungeranno soltanto badando attentamente non pure a ristabilire il *perimetro* normale della vagina, ma la posizione dell'utero nella pelvi. In altre parole non basta

fare risalire l'utero nella vagina mercè un'operazione perineale, giacchè certissimamente, se l'utero è flesso cronicamente, continuerà a spiegare sforzi espulsivi ed il perineo riformato presto cederà. Anche nelle donne nubili, che non hanno mai avuto figli e quando il perineo non è stato mai dilatato o distrutto dal capo di un feto, talvolta si osservano gradi avanzatissimi di prolasso.

Supponendo che l'utero sia stato ridotto colla cura al suo volume ed alla sua forma normali, dobbiamo vedere *come si mantiene al sito fisiologico nella pelvi.* — È ovvia cosa il prevedere, che se non è stata adempiuta l'indicazione, l'inconveniente forse ritornerà. Appunto sotto questo aspetto bisogna perfezionare la cura del prolasso. La parte cervicale dell'utero deve occupare una posizione, nella pelvi, che si avvicini quanto più è possibile al centro. Il meccanismo che si applica e le operazioni che si propongono debbono aver di mira questa circostanza importante.

Invece, perciò, di sforzarsi semplicemente a tener l'utero nella vagina, bisogna tentare di mantenerlo in tal posizione nella estremità superiore di questo canale che sia la normale. Ammettendo che questa precisione nella cura non sia possibile in tutti i casi, nondimeno il più delle volte è attuabile.

Il principio di cura che adempie questa indicazione è di rendere la vagina un canale rigido, sostenendo, perciò, la parte più bassa dell'utero e di adottare quelle altre misure ausiliarie che ponno mantenere il canale vaginale in questo stato rigido. In molti casi questa rigidità del canale può essere ottenuta mediante un pessario, che, per la grandezza adattato alle esigenze della inferma, diviene praticamente un'asta vaginale artificiale dell'utero ed in certi altri casi, in cui l'apertura vaginale è divenuta tanto larga da non permettere l'applicazione di questo strumento, mediante un'operazione sul perineo, o il restringimento del canale stesso ad una data distanza dall'apertura, assicurando così una base di sostegno all'asta vaginale, cioè allo strumento.

Applichiamo questi principii ai casi che s'incontrano nella pratica. I casi di leggiero cistocele accompagnati da antiflessione possono in generale guarire portando un conveniente pessario a « sella » simile a quello descritto a proposito della cura dell' antiflessione ; ma se il cistocele è di antica data è necessario restringere l'apertura vaginale con un'operazione e poi si applicherà il pessario. Un pessario sferico ad aria è un mezzo palliativo in alcuni di questi casi, in cui il pessario a sella è inopportuno o è difficile adattarlo ed in cui l'apertura perineale non è molto aumentata. Nel caso rappresentato nella fig. 129 non bastò nessuna cura di notevole restringimento dell'apertura vaginale, poichè la porzione prolassata della vescica era ipertrofica e molto inspessita.

Quando il prolasso dipende semplicemente da retroflessione uterina senza molta lacerazione del perineo, il pessario di Hodge è un eccellente strumento ove sia bene adattato. Esso adempie con molta precisione le indicazioni sopra accennate, mantenendo la vagina al suo posto normale e, al tempo stesso, impedendo, spesso efficacemente, che l'utero riprenda la posizione retroflessa. Fra certi limiti agisce bene, però bisogna stare attenti alle seguenti cose; come abbiamo detto nei capitoli sulle « *Flessioni* », se la flessione è di lunga durata il solo pessario può non correggere la distorsione e sono necessarie altre misure; ma, dopo corretta, il pessario impedirà che si riproduca ed, oltre a ciò, se inferiormente vi ha un sufficiente sostegno perineale, impedirà che ritorni il prolasso. Lo strumento deve essere proporzionato alla grandezza della vagina. Un pessario fatto da un anello del diametro di tre pollici o tre pollici ed un quarto, della forma che vedesi a pag. 209 , generalmente basta allo scopo nei casi sopra detti; talvolta deve essere un pò più ampio sotto che sopra. Gli anelli di fil di rame rivestiti di gomma elastica che io uso si prestano mirabilmente alle manovre di adattamento. Lo strumento deve adattarsi alla vagina e quando sarà ben conformato a questa , si potrà portare per mesi senza produrre inconvenienti. Talvolta il pessario rotondo a molla di orologio, coverto di gomma elastica, serve benissimo, ma soltanto quando il perineo è stato convenientemente ricostituito.

Se vi ha rettocele, accompagnato o no da retroflessione, generalmente vi ha bisogno di un' operazione per ristabilire il perineo alterato. Consecutivamente l'utero sovente richiede che sia sostenuto nella sua posizione per mezzo di un pessario, come sopra abbiamo detto per la retroflessione. Il rettocele può essere di grado leggiero, il tumore piccolo, ma in tali casi gli strumenti per lo più sono inutili, tanto più che l'intestino prolassato è così vicino all'apertura vaginale. Le molestie che allora sorgono si mitigano talvolta amministrando piccolissime dosi (una cucchiaiata da tè) di olio di ricino ogni mattina.

Ora ci occuperemo di quei casi in cui la massa protuberante è più considerevole ed in cui l'apertura vaginale è molto ampia, vuoi perchè è stato molto lacerata a principio nel parto, vuoi perchè il tumore si è sempre più ingrandito coll'andar del tempo. Quando tutta la massa prolassata non oltrepassa la grandezza di un uovo di gallina possiamo sperare, in circostanze favorevoli, di curare sodisfacentemente l'affezione, senza operazione, coll'uso del pessario. Talvolta, anche allora restiamo delusi, giacchè il perineo che sembrava in stato abbastanza buono, non può dare un sufficiente sostegno ad un pessario. Quando la massa supera la grandezza di un uovo, raramente si ottiene una guarigione reale senza eseguire un'operazione.

In primo luogo possiamo parlare dei mezzi palliativi, giacchè pur nei peggiori casi alcune inferme rifiutano l'operazione e talvolta l'età o altre circostanze debbono farne deporre l'idea.

La semplice *riduzione del tumore* talvolta è molto difficile, quando le parti sono state per alcune settimane prolassate ed il collo inspessito per infiammazione. Ad ottenere questa riduzione si può togliere l'urina col catetere, mettere l'inferma in posizione favorevole, e covrir bene di olio il peduncolo o colletto del tumore. Afferrando questo colle due mani, dolcemente, si comprime da un lato all'altro e si spinge in alto, manovrando in modo che la parte prolassata l'*ultima* sia ridotta la prima. I tentativi fatti in altro modo, e semplicemente spingendo la massa in alto, possono fallire completamente, ma il metodo sopra descritto mi è sempre riuscito. Il Dr. McClintock suggerì di battere con una correggia il tumore per impiccolirne la massa. Non ho mai trovato necessario questo mezzo. Le ulcerazioni o abrasioni delle superficie osservate in tali casi guariscono facilmente quando il tumore è ridotto.

Senza dubbio vi hanno casi nei quali l'utero è molto ipertrofizzato e si è prolassato con o senza considerevole aumento della grandezza segnatamente del collo e che a primo aspetto sembra difficile curarli senza qualche operazione, ma si troverà che con un continuo riposo, colle irrigazioni uterine, cogli astringenti, ecc., la massa dell'organo diminuisce molto e spariscono le note allarmanti. Il Dr. Emmet, nell'ultima edizione della sua eccellente opera, narra una storia divertente che illustra questo argomento di ginecologia. Un eccentrico ma sagace medico del distretto di Currituck, dopo di aver visto i casi del Dr. Emmet ed il suo modo di curare il prolasso, gli disse che egli guariva qualunque inferma in dieci giorni. La sua pratica era fra i negri. « Il suo metodo consisteva nel dondolare la donna prona sulle ginocchia e sul petto sovra una frombola sospesa ad una trave. Ciò continuavasi per dieci giorni, durante i quali la vagina era mantenuta piena di un forte decotto di cortecce di quercia, che rinnovavasi ogni giorno con una siringa. La frombola era imbottita, la donna dormiva sempre e non veniva svegliata che per prendere cibo o sodisfare ai suoi bisogni naturali ». « I principii su cui fondavasi questa cura » dice il Dr. Emmet « erano esatti ».

Sostegni interni. — In un caso in cui l'utero è stata retroflesso bisogna applicare un conveniente pessario (veggasi il capitolo sulla « *Retroflessione* »). Generalmente nei casi, che cadono opportunamente in considerazione qui, un anello ovoidale è utilissimo, ma molte volte è necessario il pessario di Hodge modificato da Alberto Smith. Il pessario perfettamente rotondo, coverto di uno strato piuttosto grosso di gomma elastica ed a molla di orologio, serve bene in alcuni casi. Poche volte è conveniente il pessario a disco di vulca-

nite; vi ha bisogno di varie grandezze. In taluni casi ho trovato utilissimo un pessario a sella piuttosto ampio, massime quando l'utero è stato precedentemente antiverso. L'uso di questi sostegni, nei casi avanzati, in generale non dà risultati sodisfacenti, se il perineo non è stato riformato realmente con un processo operatorio.

Varie forme di pessarii ad aria, di forma sferica o discoidale, trovansi presso i fabbricanti di strumenti, ma non sono buoni per cure prolungate, dando luogo alle obbiezioni già ricordate.

Il pessario di Zwank ha avuto un'applicazione piuttosto generale. Esso non è uno strumento scientifico, tanto più che distende molto la vagina da un lato all'altro e perpetua il prolasso tirando più in basso l'utero verso la vulva; il solo suo merito è d'impedire che la massa esca fuori della vulva.

Sostegni esterni. — Sotto questo nome sono inclusi i congegni meccanici che impediscono il prolasso e che hanno il loro punto fisso all'esterno. Il guancialetto perineale e la fascia consistono in una cintura addominale, elastica o no, che è il punto fisso ed in un guancialetto perineale, che ha la forma di un uovo schiacciato ed è situato in tal modo, con una correggia fissata anteriormente e posteriormente alla cintura addominale, da premere sul margine del perineo. Il guancialetto talvolta è elastico, essendo costituito da una palla di gomma elastica piena di aria. Questo apparecchio compensa fino ad un certo grado la insufficienza del perineo ed in alcuni casi di prolasso impedisce l'uscire della massa fuori della vulva. A ciò si limita la sua azione. Talvolta i punti fissi sono dati da correggie che passano sulle spalle, usandosi invece della cintura addominale o insieme a questa.

Un altro principio di cura consiste nell'uso di un'asta rigida di metallo o di altra sostanza, che, terminando in alto in forma di piccola palla, o di coppa, è mantenuta sulla vagina per mezzo di una correggia perineale fissata ad una fascia addominale. Uno scheletro esterno metallico fissato anteriormente alla fascia addominale o ad una specie di cintura erniaria, può servire di base di sostegno a tale asta intravaginale. È ovvio che in questo modo è possibile adattare dall'esterno uno sostegno interno molto solido. L'inconveniente che accompagna l'uso di questo sostegno meccanico esterno solido è la ripugnanza delle inferme verso di esso, ma se i sostegni esterni debbono essere realmente efficaci — e per esser tali debbono essere atti a mantenere la vagina nella sua posizione fisiologica — col fatto bisogna ricorrere ad uno di questi congegni. S'intende che l'altro mezzo cui si possa ricorrere è l'operazione, la quale darà una guarigione radicale.

Operazioni radicali. — Il successo con cui le peggiori forme di prolasso possono ora esser curate facendo un'operazione, renderà

questa sempre più popolare, massime se in seguito ad essa si terrà di mira l'utero e si promoverà il suo ritorno nella pelvi in posizione e forma normali. Il principio dell'operazione è di *restringere il canale vaginale*. Il Dr. Marshall Hall sembra che sia stato il primo a suggerirla ed Heming per il primo l'ha eseguita. La parte del canale vaginale su cui si opera a principio era l'apertura inferiore o entrata della vagina e questa operazione più tardi fu perfezionata da Baker Brown, dal Dr. Savage e da altri. Un ulteriore progresso consiste nel restringere il canale vaginale più in alto, *oltre* che nell'apertura della vagina.

Circa ai vantaggi di queste varie operazioni, molto dipenderà dal caso stesso. Una semplice operazione perineale talvolta è del tutto sufficiente quando la vagina non è stata molto distesa, ma quando la massa protuberante è considerevole, la vagina è per necessità molto stirata e la semplice chiusura dell'apertura vaginale non basta a produrre un beneficio permanente. Molti casi richiedono una specie di operazione combinata, una riformazione del perineo ed un restringimento del canale stesso per un certo piccolo tratto verso l'alto.

Operazione perineale. — Qui possiamo occuparci opportunamente della cura della rottura del perineo in totalità, compresi i casi recenti ed i cronici.

Quando il perineo è lacerato nel travaglio del parto la lacerazione giunge in dietro ad una profondità variabile, distruggendo talvolta tutto lo sfintere del retto, non passionandolo affatto in altri casi; ma annullando poca o molta parte del perineo. Se, guardando immediatamente dopo il parto la lacerazione, si trova che oltrepassa un pollice di profondità, si può ritenere che sia un caso di operazione. Colla parola « immediatamente » quì intendiamo pochi minuti dopo la nascita del bambino, nel momento in cui per lo più s'ispezionano le parti. Alcuni giorni più tardi una lacerazione, profonda un pollice in origine, sarà diminuita — pur quando non è avvenuta riunione — e quella che era sembrata lacerazione piuttosto ampia allora si trova forse relativamente di poco conto. Quando la lacerazione è considerevole, però, è necessaria l'operazione.

L'operazione in primo tempo si deve eseguire nella prima ora dopo lo sgravo, mentre le superficie sono ancora recenti e sanguinanti. Esse per lo più si congiungono benissimo con suture di filo d'argento applicate piuttosto profondamente: ne possono essere necessarie due o più. Io ho sperimentato che si fanno in un modo facilissimo con un ago lungo due pollici e mezzo e curvato in forma perfettamente semicircolare. Si adopera questo ago mentre l'inferma giace di lato nell'ordinaria posizione ostetrica. Le suture debbono giungere al fondo della ferita e uscire alla superficie cutanea alquanto lungi dai margini. Eseguita così l'operazione è molto semplice. Colei che

assiste la puerpera asciugherà con garbo e spesso le parti con morbidi pannilini, non adoperando acqua, le ginocchia saranno tenute avvicinate legandole, si usa il catetere, si eviterà la funzione intestinale almeno per tre giorni ed al quarto o quinto giorno si potranno togliere i punti. Il risultato generalmente è molto sodisfacente. È verissimo che col riposo e la posizione unita delle gambe talvolta aderisce la ferita senza bisogno di suture, ma su questo risultato non si dee contare e l'operazione in primo tempo è tanto poco molesta o dolorosa per l'inferma, che, salvo il caso in cui la lacerazione sia molto leggiera, è meglio eseguirla. Sono di pochissimo beneficio le suture unitive quando il parto ha durato alcune ore, allora raramente avviene l'unione.

L'*operazione in secondo tempo* (A) non si deve eseguire almeno fino a che non è passato un mese dal parto. Vi ha bisogno di un'attenta ispezione delle parti per determinare il metodo operativo. Sono necessarii alla sua riuscita una buona salute, l'allontanamento delle influenze erisipelatose, e una camera asciutta, bene ventilata. Precedentemente fa d'uopo sgombrare le intestina in modo completo. Il Dr. Thomas molto opportunamente insiste sulla necessità di un aperiente per alcuni giorni prima dell'operazione, allo scopo di espel-



Fig. 136 [1].



Fig. 137.

lere qualche possibile accumulazione, ma io credo che sia meglio usare iniezioni, e non medicine interne, durante i due giorni che precedono l'operazione. Nei casi di lunga durata del prolasso, il riposo assoluto a letto per alcuni giorni è indispensabile e deve esser cessato qualsiasi processo ulcerativo. Primieramente si radono, col rasoio, i peli che stanno vicino alla parte che si deve operare, dopo

[1] La fig. 136 mostra la forma della superficie cruenta nei casi ordinarii. Le linee punteggiate indicano la posizione delle suture metalliche nascoste profondamente.

situata l'inferma nella posizione della litotomia sul margine di una tavola. Si fa prima un'incisione semilunare corrispondente al margine del perineo ed indicante il margine esterno delle superficie che debbono essere scoverte. Un'incisione semilunare corrispondente si fa poi sull'interno, come mostra la fig. 136 e si riuniscono le linee d'incisione esterna ed interna per mezzo di due tagli orizzontali. Allora col bistori o colle forbici si escide la striscia di mucosa contenutavi. Alcuni operatori preferiscono le forbici perchè è minore la perdita del sangue. L'estensione di questa superficie così asportata varia nei diversi casi. Deve essere sempre più profonda nella linea mediana (pavimento della vagina) che alle due estremità della semiluna; nella linea mediana è necessaria l'ampiezza di un pollice ad un pollice e mezzo. I lati opposti, così resi cruenti, si avvicinano con punti di sutura profonda. Una volta si usava la sutura incavigliata o modificazioni di questa. Io per qualche tempo ho usato pallottoline di vulcanite di tal forma da permettere che il filo vi si potesse facilmente attaccare (veggasi fig. 137). Sono pallottole con un collo a base sporgente e forate nel centro. Hanno il gran vantaggio di permettere di regolare facilmente quanto deve stringersi la sutura ed una migliore circolazione fra i tessuti molli abbracciati dalle suture. La sutura incavigliata può provocare grande gonfiore ed anche mortificazione del perineo rifatto, ma io non ho mai visto seguire questo accidente adoperando le pallottoline. Le suture profonde, due o tre, si applicano alla distanza di circa tre quarti di pollice dal margine e l'ago che portò il filo deve passare in modo da *non essere visibile fino a che non esce sulla pelle dal lato opposto*. Una delle suture almeno deve essere così profonda. Quando sono state fatte le suture profonde debbono essere legate temporaneamente allo scopo di accertare col tatto dalla parte interna che i margini interni realmente combaciano, in caso opposto restano lacune e la riunione non avviene. Non riuscendo bene queste suture bisogna farne altre più profonde. Si deve introdurre il dito nel retto allo scopo di assicurarsi che la sutura non penetra in questo canale. Un filo di argento, piuttosto grosso, secondo me è preferibile e l'ago deve essere perforato con un ampio raggio quasi semicircolare ed avere una base larga e forte. È piuttosto difficile introdurre tale ago ma il combaciamento che si ottiene per suo mezzo è più perfetto. Le estremità del filo si fissano facilmente alle pallottoline perforate. Quando le suture profonde sono state fissate, generalmente bisogna farne due o tre superficiali, per le quali è migliore un filo più sottile. Poi si legano le ginocchia in modo da stare avvicinate e si porta l'inferma a letto. Secondo me la migliore condotta da tenere consecutivamente è di non usare acqua, ma semplicemente un pò di filaccia asciutta che netti la superficie, adoperandola spesso. Si terrà la posizione laterale, cam-

biandola di quando in quando con quella del lato opposto. Le suture profonde si rallenteranno o toglieranno alla fine di tre giorni, le superficiali un poco più tardi. Quanto ai fili per le suture alcuni autori preferiscono la seta o il catgut all'argento. Il Dr. Granville Bantock preferisce la seta grezza e non usa pallottole o altri mezzi esterni, ma annoda semplicemente sulla linea mediana. Il Dr. Chambers usa fili metallici fissandoli nella linea mediana col gomitolo e la palla di Aveling.

Una volta vi era l'abitudine di dare l'oppio per alcuni giorni, per impedire la defecazione, ma alcuni operatori — per esempio il Dr. Bantock — preferiscono di sgombrare il retto dopo due giorni con un clistere di olio di uliva. Questo s'inietterà dolcemente per mezzo di un piccolo tubo , altrimenti si cagionerà male. Se l' operazione consiste semplicemente nel ristabilire il perineo, senza passionare lo sfintere del retto, la difficoltà di procurare un'evacuazione senza intervenire meccanicamente è minore. L'uso del catetere per i tre primi giorni era ritenuto indispensabile, ma ora spesso se ne fa a meno.

L'*operazione combinata* (B), consistente nel restringere il canale vaginale non che la sua entrata, l'ho eseguita nel seguente modo: Un processo consiste nell'asportare dal pavimento della vagina una parte triangolare della mucosa, larga in basso circa due pollici ed in alto circa mezzo pollice, il cui apice o estremità superiore sia molto vicino alla bocca dell'utero. Si esegue allora l'operazione ordinaria (A). La forma della superficie così scoverta si vede nella figura 138. Un altro processo consiste nell'asportare *due* lembi triangolari dal canale vaginale, uno da ciascun lato del pavimento della vagina e poi si esegue l'operazione (A). Quando i margini di questi tratti triangolari denudati sono avvicinati, la vagina, naturalmente, è in proporzione ristretta. Il mezzo che io ho usato per mantenere i margini in apposizione è stato un grosso filo di argento. Con un corto ago curvo, simile a quello che si adopera nei casi di fistola vescico-vaginale, si esegue il punto usato nelle osservazioni *necroscopiche* per mantenere avvicinati i margini, cominciando dall'alto. A misura che il filo passa si tende e in ultimo costituisce una specie di assicella. Nella fig. 138 si vede la disposizione della sutura prima che sia teso il filo. L'estremità superiore del filo, che è vicina alla bocca dell'utero, si rivolge in basso per impedire che graffii i tessuti e si taglia rasente nodo; la estremità inferiore sporge nel perineo e si attorciglia intorno ad una delle pallottole quando l'operazione è compiuta. Questo modo di far la sutura dà risultati molto buoni; per lo più ha luogo la guarigione ed il filo, esaurito il suo uflicio, cadrà dopo quattro o cinque giorni senza disturbo o necessità di stirare la ferita perineale. Se si asportano due lembi trian-

golari, per ciascuno si esegue lo stesso processo. Questa operazione combinata ristabilisce ad un tempo il perineo e toglie le pareti vaginali superanti ed ipertrofiche [1]. Le due operazioni si possono eseguire con facilità contemporaneamente.

Il Dr. Savage descrive un metodo di operare che sostanzialmente somiglia molto al sopra descritto. Egli estende l'operazione perineale allontanando la mucosa in sopra lungo il pavimento della vagina, ma egli conta sulle suture profonde per ottenere l'adesione. Questa, lungo la detta linea interna, può essere prodotta dalle suture

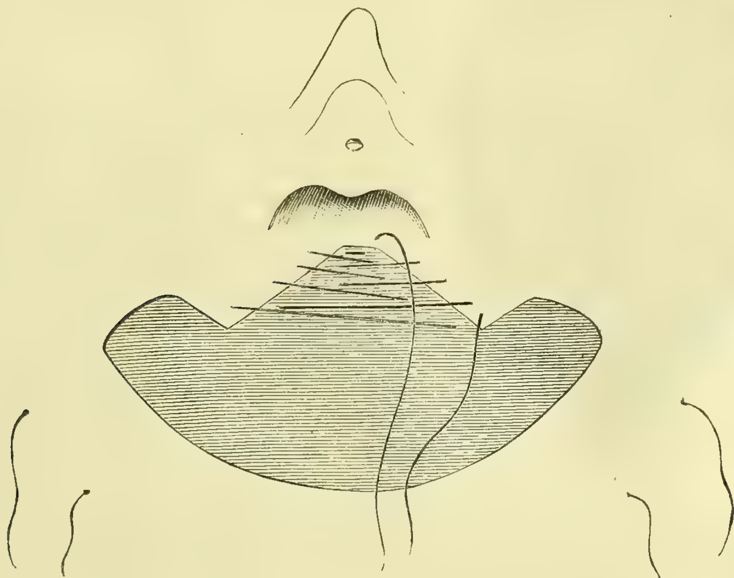


Fig. 138.

profonde soltanto a patto che si accorci tutta la vagina. Questo accorciamento, tanto più che implica discesa dell'utero, lo ritengo soggetto ad obbiezioni e perciò sono da preferire le suture separate per il pavimento della vagina. Io ho eseguito la sopra descritta operazione combinata in parecchi casi e la trovo buona e so che da altri i quali l'hanno eseguita è stata giudicata sodisfacente. Il piano di estendere la denudazione lungo il pavimento della vagina in forma di triangolo, come nella suddetta operazione, è stato anche adottato dal Professore Simon e da altri sotto il nome di «colporrafia posteriore», i margini però vengono avvicinati colle ordinarie assicelle.

Un'altro modo di restringere la vagina nella stessa parte è quello

[1] Questo modo di restringere la vagina fu per la prima volta da me descritto nel *Lancet*, June 5, 1869.

di Bischoff di Basle, descritto da H. Banga [1] di Chicago, il cui risultato è che la parte inferiore della vagina non viene soltanto ristretta, ma, grazie all'allungamento del perineo, il suo asse è portato in avanti. Un lembo in forma di lingua si distacca verso l'alto e ciascun margine si unisce con suture al margine posteriore dell'ordinaria denudazione laterale. Il processo è molto ingegnoso, Banga asserisce che dal 1875 sono state eseguite quaranta di tali operazioni da Bischoff, da Engli e da lui con un sol caso seguito da morte quando era già compiuta l'amputazione del collo.



Fig. 139.

Operazione per restringere la parte superiore della vagina. — Il Dr. Marion Sims [2] descrive questa operazione nel modo seguente: l'operazione consiste nell'asportare un pezzo a V della mucosa che forma la volta della vagina e nel covrire poi la vescica. L'apice del V è vicino all'uretra e le due branche giungono ai lati del collo uterino. Finalmente la forma della superficie escisa è quella rappresentata dalla fig. 139. Le superficie opposte denudate si portano poi a contatto per mezzo di suture, *a* a *b*, *c* a *d*. Il risultato è che la vagina ha il suo canale molto ristretto; in *e* si lascia aperta una piccola saccoccia (in cui potrebbe scendere il collo dell'utero se fosse lasciata troppo larga, come nei casi riferiti dal Dr. Emmet) per il passaggio delle secrezioni della parte. Il Dr. Sims consiglia che, dopo l'operazione, l'inferma resti a letto o in posizione sdraiata, per due o tre settimane, d'impedire la funzione dell'intestino per sette giorni e di usare il catetere. Le suture inferiori si tolgono dopo otto o dieci giorni, le superiori dopo quindici. Il principio dell'operazione del Dr. Sims è di restringere la vagina superiormente e ciò si ottiene asportando parte della *volta* della vagina.

Lacerazione perineale con distruzione dello sfintere del retto.— Nei casi in cui lo sfintere dell'ano è totalmente distrutto la difficoltà di ristabilire l'integrità delle parti è grandissima. Il Dr. Emmet nel 1873 pubblicò i risultati della sua esperienza circa il miglior modo di curare tali casi [3]. Egli dice che le fibre del muscolo diviso

---

[1] *Amer. Journ. of. Obst.* vol. xi. p. 247.
[2] *Op. cit.* p. 310.
[3] Le più recenti particolarità trovansi nella sua 2ª ed. 1880 p. 402.

sono in uno stato di retrazione, quelle che formavano la superficie interna del cerchio sono più retratte delle altre; la conseguenza è che si forma una superficie convessa sul piano della lacerazione. È necessario denudare la superficie da ciascun lato fin molto più in dietro di quanto sembra necessario a primo aspetto. Il diagramma (fig. 140) mostra la retrazione delle fibre dopo la rottura. La sutura

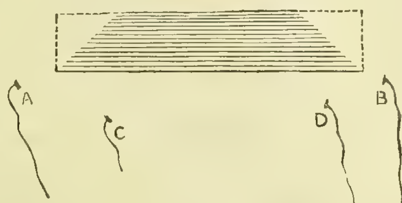


Fig. 140.

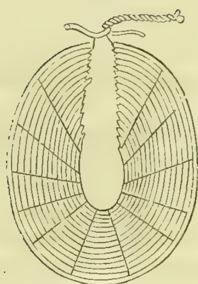


Fig. 141.

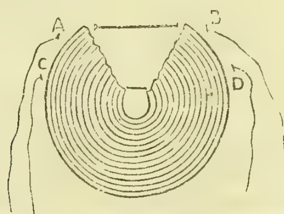


Fig. 142.

AB, dice Emmet, non porterà che imperfettamente le parti a contatto; la fig. 141 mostra come agisce la sutura. È necessario di fare una sutura ad un livello più basso, in CD e l'azione di questa si vede nella fig. 142. La sutura CD è la prima che bisogna assicurare; al sesto giorno si sgombra l' intestino per mezzo dell'olio di ricino ed un giorno dopo si tolgono le suture. Il Dr. Emmet ha mostrato molto ingegno nello scovrire e vincere ciò che prima era sembrata una grande difficoltà e chiunque ha fatto l'operazione riconoscerà la verità di ciò.

Lawson Tait fa un'operazione per guarire la grave lacerazione del perineo accompagnata da lacerazione dello sfintere [1]. Egli scovre le superficie in un modo speciale tagliando i tessuti lungo la linea della lacerazione fino ad una certa profondità e poi spiega la superficie recentata così prodotta e riunisce quella di un lato con quella dell'altro per mezzo di suture, che sono fatte in modo da avvicinare gli angoli profondi dell' incisione. Le suture più interne sono nella vagina, le più esterne alla superficie perineale.

[1] *Obst. Trans.* vol. xxi. p. 292.

CAPITOLO XXXII.

AMENORREA.

Diagnosi della natura dell'Amenorrea. *a*) Casi in cui la mestruazione non vi è e non vi è stata mai—Varie cause: difettosa formazione o mancanza degli organi rispettivi; tardanza della pubertà; mancanza di secrezione; ritenzione; gravidanza — Diagnosi differenziale. *b*) Imperfetta manifestazione della mestruazione. *c*) Cessazione o soppressione della mestruazione— Cause: gravidanza, soppressione, ritenzione, cessazione prematura dei catameni.

Cura dell'amenorrea. — Cura della tardanza della pubertà o del difettoso sviluppo — Cura dell'alterazione dello stato generale con amenorrea — Emmenagoghi, ecc. Clorosi ed amenorrea — Mestruazione vicaria — Cura della soppressione — Forma acuta — Mezzi da adottare — Emmenagoghi; stimolazione meccanica dell'utero — Cura della ritenzione mestruale - Casi di mancanza della vagina — Casi d'imene imperforato — Casi d'imperforazione dell'utero.

Sotto il nome di « amenorrea » studieremo quei casi in cui la mestruazione manca del tutto, ovvero la quantità della perdita è inferiore alla normale. La parola è molto vaga e definisce semplicemente la presenza di uno stato che può essere sintomatico di molte alterazioni diversissime o cangiamenti fisiologici negli organi della generazione.

Le serie di casi di cui possiamo in primo luogo occuparci sono quelle in cui:

a) La mestruazione manca, nè vi è stata mai.

La prima cosa che bisogna stabilire nel cercare di scovrire la causa della mancanza della mestruazione è la seguente: Vi sono gli organi necessarii al compimento di questa funzione? Nei casi di *mancanza congenita delle ovaie* probabilmente non ha luogo nessun flusso mestruale e la stessa cosa si osserva se, essendovi le ovaie, manca l'*utero*. I casi appartenenti ad entrambe queste categorie sono rari. Quando mancano le ovaie i segni esterni della pubertà anche mancano: il petto, in tali circostanze, sarebbe piccolo e non svi-

luppato e vi può essere la mancanza degl'istinti sessuali e di altre note qualificative del sesso femminile. La *mancanza dell'utero*, o ciò che praticamente significa la stessa cosa, la formazione estremamente rudimentaria di questo organo, è meno rara di quella delle ovaie. Non possiamo indicare nessun segno assolutamente caratteristico della mancanza dell'utero; solo un'accurata osservazione può fare stabilire la diagnosi. Dai casi che io ho osservato sono tratto a concludere che non vi ha nessun rapporto assoluto fra la conformazione esterna e l'interna; cioè gli organi esterni della generazione possono essere normali, mentre gli interni (p. e. l'utero) possono essere molto piccoli ed imperfettamente sviluppati [1].

La mancanza di qualcuna delle parti dell'apparato della generazione, ora cennate — ovaie, utero o vagina — è rara; ma non è così infrequente il vedere che l'utero e le ovaie, quantunque realmente esistano, conservino la forma infantile; che il grado di sviluppo indispensabile alla funzione catameniale non si raggiunga. (Veggasi il capitolo « *Malformazioni* ecc. *dell' Utero* »). Può incontrare che non si scovra nessuno stato difettoso dell'organismo e pure passano i mesi senza che la mestruazione si manifesti. L'età in cui questa appare passa e i parenti dell'inferma se ne preoccupano seriamente. In pochi casi di questo genere la vagina è normale, l'utero vi è; la sola cosa che manca sono i catameni, della qual cosa è causa uno sviluppo leggermente difettoso dell'utero, giacchè questo organo trovasi normalmente costituito ma conserva le sue forme infantili. Sir J. Y. Simpson richiamò specialmente l'attenzione sul rapporto di questo stato coll' « amenorrea » [2]. I segni dell' attività ovarica o mancano, o sono leggerissimi. Questi casi non debbono preoccupare quanto agli effetti immediati sull'inferma, ma la prognosi può essere grave quanto al matrimonio. Insomma è dubbio ciò che faranno gli organi generativi e se resteranno in questo stato di funzione difettosa o no; e, nel caso negativo, quando e come avrà luogo il flusso mensile.

Allo scopo di accertare, primieramente, se la vagina e l'utero realmente vi sono ed in secondo luogo, ove non manchino, se vi è o no quell' imperfetto grado di sviluppo di cui sopra abbiamo parlato, sarà necessario fare un'osservazione fisica dello stato degli organi esterni della generazione, non che della vagina e dell'utero.

Importa rispondere a questa domanda: *La pubertà è ritardata?* Quanto al sopraggiungere della pubertà dobbiamo ricercare in primo

---

[1] L'argomento delle imperfezioni, malformazioni congenite, ecc. dell'utero, è stato trattato bene da Kussmaul nella sua opera: *Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdoppelung der Gebärmutter, etc.* Würzburg, 1859. In questa opera si trovano moltissimi casi illustrativi.

[2] *Med. Times and Gazette*, 1861.

luogo i segni *esterni* della stessa nella forma, sviluppo, ecc. del corpo in generale e degli organi sessuali esterni in particolare; dobbiamo cercare le note *interne* dell' attività funzionale degli organi riproduttivi, nei sintomi o segni descritti sotto il nome di « molimen mestruale » (veggasi « *Fenomeni della mestruazione* »). Non si deve dimenticare che la presenza del molimen mestruale non indica altro se non la presenza delle ovaie. L'utero può essere formato così difettosamente che la mestruazione non è possibile, come che le ovaie sieno, per quanto permette lo stato delle cose, in esercizio della loro funzione fisiologica.

Ove l' inferma faccia notare altri segni caratteristici dell' esser giunta alla pubertà, e non è comparso liquido mestruale —

O 1) *Manca la secrezione del sangue mestruale*;

O 2) *Il sangue mestruale è segregato ma non espulso*;

O 3) *La donna è gravida.*

Gravidanza. — È possibile che divenga incinta una donna la quale non ha mai avuto mestruazione, come dimostrano parecchi casi ben accertati [1].

Nei casi di *ritenzione dei catameni* le ovaie e l'utero compiono le loro funzioni règolarmente ma non vi ha via di uscita per il liquido. L'utero si gonfia, si sente un tumore addominale e la donna spesso, in tale stato, suppone di essere gravida. Ecco come ordinariamente procedono le cose in un caso simile: Giunge la pubertà ed una a questa si osservano i segni di attività degli organi della generazione e l'apparizione dei molimen mestruali mese per mese. Il dolore e la molestia in questi periodi sono sulle prime di poco conto, ma dopo un certo tempo si aggravano; resta una sensazione di peso e di pienezza nella pelvi pure negl'intervalli che passano fra i periodi mestruali. I sintomi gradatamente si accentuano, l'inferma non si sente più bene. Vi ha costipazione ventrale; vi è frequenza di urina, dolori permanenti e forti ai lombi e periodicamente tutti questi sintomi si aggravano. Il benessere generale deperisce e l'inferma passa da uno stato, forse, di florida salute ad uno opposto; si perde l'appetito, e la nutrizione a poco a poco manca. Allora l'utero, aumentando di volume per la presenza del liquido catameniale ritenuto, forma un tumore che si scovre facilmente nella regione ipogastrica: in taluni casi tanto la vagina quanto l'utero sono distesi dal liquido ritenuto. Talvolta si crede che l'ammalata sia incinta e questa supposizione è apparentemente convalidata dalla presenza di quei sintomi gastrici che per lo più si accompagnano alla gravidanza, come il vomito e la nausea. Per simpatia le mammelle ponno divenire dolorose e turgide. La gravezza dei sintomi

[1] Montgomery, *op. cit.* p. 77.

osservati varia molto nei diversi casi ed il grado di distensione dell'utero può variare molto; sembra che talfiata una parte del liquido mestruale di quando in quando si assorba e così viene evitata un'esagerata accumulazione. Quando la distensione dell'utero raggiunge un certo limite vi sono dolori al dorso, somiglianti alle doglie del parto ed indubitatamente dovuti alle contrazioni uterine.

Si fa la diagnosi studiando i sintomi e facendo l'esame fisico delle parti. Le cose caratteristiche, quanto ai sintomi sono: la presenza della pubertà, generalmente la mancanza assoluta di flusso mestruale; la presenza di attacchi periodici, la cui gravezza aumenta gradatamente, del genere sopra descritto, una pienezza nella regione pelvica che aumenta di mese in mese e che dà origine a difficoltà nell'urinare e nel defecare; tutti questi sintomi, se si osservano, hanno luogo subito (nel primo anno o presso a poco) dopo che è giunta la pubertà. Se la donna è maritata, nella maggior parte dei casi, ma non in tutti, parteciperà al coito con difficoltà o non vi si può affatto prestare. I segni fisici sono: la presenza di un tumore nella regione ipogastrica, che si scovre esaminando l'addome, e la mancanza di un'apertura di uscita al liquido mestruale, che si scovre facendo un' esplorazione dalla vagina; la presenza di un'atresia di questo canale, un imene imperforato, o la chiusura del canale cervicale. Il caso raro della mancanza dell'utero, mentre le ovaie sono bene sviluppate ed in attività, si deve distinguere dalla ritenzione perchè i molimen mestruali, quantunque presenti, sono imperfettamente caratteristici e poco accentuati; a ciò si aggiunga che esaminando simultaneamente la vescica ed il retto non si trova l'utero nella sua posizione normale. Nella pratica è difficile che sorga questa ultima questione.

L'altra cosa di cui ci resta a parlare è la mancanza del liquido catameniale. Allora i molimen mestruali (possibilmente) e la pubertà vi sono, ma non si osserva perdita sanguigna. Se mancano tutti i segni di accumulazione di liquido nell'utero, i sintomi di pienezza e di pressione e tutti i segni fisici che abbiamo detto esservi quando trattasi di ritenzione, bisogna ritenere che questa non vi è. L'esplorazione *vaginale* non fa scovrire atresia della stessa e il coito non è impedito. Non basta dire che il canale vaginale è libero, giacchè, quantunque la ritenzione in gran parte dipenda da estruzione lungo questo canale, la chiusura può stare nel canale cervicale dell'utero stesso. La concomitanza di questo ultimo fatto e della ritenzione, però, è rara. Ora ci occuperemo delle cause della mancanza di flusso mestruale.

b) Manifestazione imperfetta dei catameni.

Vi ha una categoria di casi, che anche si presentano molto frequentemente nella pratica, in cui una o più volte è avvenuta l'emissione, ma molto scarsa e soltanto tale da far vedere che la mestruazione è possibile.

Appunto in questi casi di manifestazione imperfetta delle regole si mostra un liquido leggermente colorato — in luogo del flusso catameniale — ad intervalli. Questa mestruazione imperfetta può osservarsi per due, tre o più periodi prima che abbia luogo il flusso normale, pur quando non vi ha nulla di evidentemente anormale. In questi stessi casi eziandio può aver luogo la cosiddetta mestruazione vicaria e la diagnosi allora ha uno speciale significato non meno per la frequenza con cui si osservano nella pratica, che per la loro reale importanza.

c) Soppressione o cessazione della mestruazione.

Vi sono parecchi stati che ponno produrre una cessazione della mestruazione e la funzione può repentinamente e completamente sospendersi, non ripresentarsi mai più, ovvero cessare a poco a poco, ma prima che sia giunta l'età in cui suole finire. Le regole possono anche mancare per un certo tempo e dopo alcuni mesi riapparire. Vi sono molti casi in cui la mestruazione non è rigorosamente finita ma in cui l'emissione è scarsissima e priva delle ordinarie qualità fisiche del liquido mestruale fisiologico.

Prima di occuparci delle varietà di amenorrea di carattere patologico sarà necessario descrivere quella soppressione fisiologica della mestruazione che dipende dalla gravidanza.

Soppressione della mestruazione prodotta dalla gravidanza. — « Noi » dice il Dr. Montgomery « siamo completamente giustificati nel ritenere, come regola generale, che nelle donne di buona salute, la cui mestruazione si è manifestata e continua regolarmente e che non dànno latte, il concepimento sia seguito da una mancanza del flusso mestruale nel primo periodo consecutivo; ma questa soppressione allora può non aver luogo in tal modo e, d'altra parte, può dipendere da svariate altre cause totalmente indipendenti dalla gravidanza. »

Le asserzioni dell' inferma debbonsi accettare con riserva. « Nulla » dice Casper [1] « è più facile per una donna la quale vuole simulare la gravidanza che dichiarare di esser cessata la mestruazione per

[1] *Practisches Handb. der gerichtlich. Medicin. Biolog. Th.* Berlin, p. 201.

il tale o tal altro tempo; e soltanto in grazia di un favorevole accidente si fa un'osservazione nel periodo mestruale e così si scovre la simulazione ». In tal guisa di quando in quando si simula la mestruazione allo scopo di allontanare il sospetto di gravidanza e si è anche ricorso a macchiare artificialmente di sangue la biancheria per trarre in inganno. Il valore della soppressione della mestruazione, come segno di gravidanza, è ben poco. La soppressione dei catameni per tre o quattro mesi non di raro ha luogo per cause del tutto indipendenti dalla gravidanza. Nelle donne giovani, appena giunta la pubertà, l'intervallo, di quando in quando, è altrettanto lungo prima che la funzione sia completamente stabilita e non è molto raro che le regole si sopprimano appena avvenuto il matrimonio, per uno o due mesi, senza che vi sia gravidanza.

Se vi è la gravidanza da più di quattro mesi per la diagnosi sono utili altri dati, ingrossamento dell'utero, cangiamenti nelle mammelle ecc., e bisogna cercarli coll'osservazione. Nelle donne che hanno uno scopo a nascondere la loro gravidanza, il mancar dei catameni per due o tre periodi si deve, però, ritenere come una circostanza sospetta e deve essere sufficiente a mettere in guardia il medico, quantunque sia appena necessario notare che questo sospetto deve tenerlo segreto in questo momento. La manifestazione di « nausea la mattina » accompagnata da soppressione dei catameni, renderebbe un poco più fondato il sospetto di gravidanza; ma alcune donne incinte non provano mai « nausea ». Ordinariamente il sospetto della gravidanza può svanire se, dopo quattro o cinque mesi, i segni fisici della stessa, come l' ingrossamento dell'utero, ecc., non si mostrano; ma anche qnesta regola ha le sue eccezioni. Di quando in quando incontra che i catameni sieno soppressi per due o tre mesi e la donna *poi* divenga incinta. In tal caso i segni fisici sopra indicati, naturalmente, non possono presentarsi alla fine dopo quattro o cinque mesi dall'epoca della soppressione e si potrebbe così fare una conclusione erronea. In alcune rare congiunture si è osservato che la donna non ha potuto concepire se prima non avea avuto tre o quattro mesi di soppressione delle regole. La gravidanza può manifestarsi in un periodo alquanto avanzato della vita e quando i fenomeni mestruali sono cessati completamente da qualche anno. La mancanza della mestruazione in una donna che ha varcato i 40 anni, per un periodo variabile da due a nove anni, *può* essere seguita dalla gravidanza alla fine di questa epoca [1].

Più spesso, forse, la cessazione delle regole fa giudicare che vi ha la gravidanza a donne le quali la desiderano, e che, giunte ad

---

[1] Veggasi Montgomery, *op. cit.* circa parecchi importanti casi di questo genere, pp. 88 *e seg.*

« una certa età » interpretrano i fatti a seconda dei loro desiderii. Allora sorge l'imbarazzo; queste donne di età alquanto avanzata hanno sempre in pronto quei fatti confermativi che loro ha reso familiari la propria esperienza o quella delle loro amiche e soltanto osservando rigorosamente il precetto di non ammettere nulla di quanto si asserisce il medico eviterà di farsi trascinare a concepire quelle speranze che nutre l'inferma. Nel periodo dell'involuzione sessuale— cioè quando le funzioni riproduttive sono per finire — la semplice cessazione della mestruazione ha perciò minor valore, come segno di gravidanza, di quello che ha in qualunque altro periodo della vita. È un fatto, che in questo periodo, una cessazione di due o tre mesi, dopo dei quali torna il flusso, spesso piuttosto profusamente, non è del tutto insolita.

La mancanza dei catameni, perciò, non si deve mai ritenere come indizio di gravidanza; ma in molti casi giova moltissimo a dirigere l'attenzione alla idea della sua possibilità. Dati più positivi son forniti dall'osservazione dell'addome, della vagina e del petto e solamente su questi deve fondarsi un giudizio più o meno definitivo.

Mestruazione durante la gravidanza. — In un certo numero di casi, pur quando l'inferma è incinta, può aver luogo, di mese in mese, un flusso più o meno consimile a quello della mestruazione. Elsässer [1] ha raccolto quasi cinquanta casi in cui, durante la gravidanza, vi fu un flusso di questo genere. In otto casi il flusso avvenne una sola volta durante la gravidanza, in dieci due volte, in quattro quattro volte, in sei cinque volte, in cinque otto volte ed in due nove volte. Vi sono riferiti casi—ed io ne ho pubblicato uno [2] — nei quali le inferme ordinariamente hanno la mestruazione soltanto quando sono incinte.

Gravidanza estrauterina. — Vi sono molte circostanze che possono dare origine ad un flusso dall'utero durante la gravidanza, come un cancro, stati infiammativi o congestivi della bocca, ecc. Un'importante classe di casi, però, la costituiscono quelli in cui vi ha un accidentale flusso sanguigno dall'utero, che può simulare o no la mestruazione, nelle donne che son soggette a gravidanza *estrauterina.* Un sintoma piuttosto comune nei casi di gravidanza estrauterina è il flusso sanguigno che talora avviene durante i due o tre mesi immediatamente consecutivi alla data del supposto concepimento. Sicchè una donna sei settimane dopo la data suddetta ha un'emorragia. Ciò può dipendere da un aborto, può dipendere semplicemente da insolito ritardo della mestruazione, da gravidanza estrauterina.

---

[1] Citato nell'Henke's *Zeitsch.* Bd. 73, p. 402, da Casper, *op. cit.* p. 202.

[2] Lancet, vol. II. (1858), p. 9 Veggasi anche un caso, che però non è precisamente dello stesso genere, pubblicato da me nel vol. VIII. p. 221, delle *Obst. Trans.*

I punti su cui bisogna rivolgere l'attenzione, ove si sospetti la gravidanza estrauterina, sono i seguenti: dolore insolito in un sito determinato della pelvi ; scoverta, coll'esplorazione digitale della vagina e coll'osservazione dell'addome, di una tumefazione corrispondente alla sede del dolore — incipiente ingrossamento. Se l' ammalata continua a presentare segni di gravidanza, mentre ritorna qualche volta l' emorragia, questa simultaneità di segni fino ad un certo grado conferma il sospetto. Supponendo che l' inferma sia repentinamente colta, alla fine di due, o tre, o quattro mesi, da sintomi di emorragia interna (veggasi « *Dolore riferibile agli organi generativi* »), una storia simile alla sopra indicata, una ai sintomi di emorragia interna, porta a concludere che trattasi di gravidanza estrauterina e di rottura del sacco o di qualche vaso delle sue vicinanze. In un notevole caso di gravidanza estrauterina (tubaria), riferito da Cheesman [1] l'inferma giunse ai nove mesi compiuti non sospettando mai di essere incinta , ingannata dalla ricorrenza di quella che sembravale mestruazione. Vi era un flusso dalla vagina ogni cinque o sei settimane, principalmente di grumi. Questo caso è tanto più importante in quanto che la donna avea avuto quattro figli.

In ultimo dobbiamo notare che non sono del tutto rari, come ordinariamente si asserisce, i casi in cui la mestruazione, o un flusso che rassomiglia a questa, si presentano per due o più periodi, *contemporaneamente alla gravidanza*, la quale finisce fisiologicamente.

La diagnosi differenziale fra la soppressione dei catameni, di natura patologica e le soppressioni della specie sopra indicata, in cui vi è una causa fisiologica , talfiata è difficile quando il flusso mestruale ha mancato solamente per due o tre periodi, giacchè la soppressione patologica talvolta è accompagnata da alcuni dei sintomi generali della gravidanza , come nausea la mattina, turgore delle mammelle ecc. , mentre con certezza non vi è gravidanza. Questa forma di soppressione che simula molto bene la gravidanza dicono Denmann e Montgomery che è frequente subito dopo il matrimonio e Montgomery dice che tali casi suscitano grandi dubbii nel medico e lo mettono in grave imbarazzo. In un caso venuto sotto la mia osservazione regnava questa oscurità, ma l'inferma era maritata da parecchi anni. In tali circostanze fa d'uopo posporre il giudizio ed essere riservati nell'esprimere un'opinione.

Un altro caso, che spesso è sorgente d'imbarazzo , si presenta nelle giovani donne in cui il flusso mestruale si è stabilito di recente ed allora possiamo essere in dubbio se la mancanza dipenda da soppressione, da gravidanza o da altre cause che sono state già

[1] Lancet, Sept. 14, 1861.

esposte. La mancanza di una causa nota della soppressione, il continuare la buona salute dell'inferma e la mancanza di segni di gravidanza, farebbero concludere che trattisi di ritardo della pubertà (potendosi ammettere questa ipotesi per l'età dell'inferma) piuttosto che di una soppressione nel senso in cui s' intende questa parola.

Ritardo nella manifestazione della mestruazione (*Amenorrea*) *dipendente da cause costituzionali.* — In questa classe di casi l'utero e gli altri organi sono ben conformati fino ad un certo punto ma sono ritardati gli ulteriori cangiamenti o l'accrescimento di volume che per lo più si osservano al giungere della pubertà, in altri termini è ritardata la pubertà. Questo ritardo, nella maggior parte dei casi, è effetto di malattia di cui ben presto troviamo altri segni, ma in pochi casi la pubertà è ritardata molto più del solito e la donna resta in uno stato di salute apparentemente perfetto. Queste due classi di casi sono molto diverse ed è stata già notata la loro diversità, che è di grande importanza. L'amenorrea da mancanza di liquido mestruale nelle donne che sono giunte alla pubertà, ed in cui gli organi sessuali non mostrano nessuna rilevante diversità dallo stato normale, è un sintoma importantissimo, poichè i casi di questo genere sono numerosissimi. Molto di frequente incontra che questa forma di amenorrea sia collegata a non lodevole stato della salute generale. La *clorosi* è forse la più importante delle condizioni generali che si può accompagnare con questa forma di amenorrea. I segni di quello che chiamasi stato « clorotico » sono i seguenti: nel periodo in cui cominciano a manifestarsi i segni esterni della pubertà l'inferma, per lo più, presenta, ad intervalli mensili, alcuni dei « molimen mestruali » già descritti, ma, al tempo stesso, cade in uno stato di deperimento. Le forze spariscono, vi ha una stanchezza estrema, spesso grande indolenza e svogliatezza a fare qualunque sforzo; vi è cefalalgia, sovente molto forte; tutto l'apparecchio digerente è disturbato; inappetenza, o appetito stranamente depravato, nausea, costipazione ostinata, questi sono sintomi quasi costanti. La pelle acquista un aspetto speciale e molto caratteristico, giacchè, come indica il nome di *clorosi*, è di colore verde-giallastro, di grado più o meno rilevante nei varii casi; spesso notasi un pallore cadaverico. Le estremità inferiori ponno divenire edematose e i disturbi nell'apparecchio circolatorio sono rivelati tanto da questo edema, quanto dalle frequenti palpitazioni, dai ronzii nelle orecchie e dalle alterazioni dei toni del cuore e dei grandi vasi scoverte coll'ascoltazione. La clorosi e l'amenorrea sono da ritenere amendue come una conseguenza dello stato disordinato di tutte le funzioni nutritive del corpo, stato che è il primo elemento etiologico. La clorosi si può osservare non solo nei casi in cui non vi è stato flusso mestruale, ma anche nelle donne che una volta hanno avuto leg-

giera mestruazione e poi i fenomeni mestruali non si sono più mostrati [1].

---

[1] La clorosi, che spesso si confonde coll' anemia e coll'amenorrea, si manifesta principalmente nelle fanciulle alla età della pubertà, appunto nel periodo di passaggio dalla fanciullezza allo stato di donna, quando sta per cominciare l'attività ovarica e per stabilirsi la mestruazione. È una malattia molto frequente nelle grandi città e fra le classi alte, ma si osserva altresì fra la gente povera. Sembra che ne favorisca la manifestazione un genere di vita molto delicato, in mezzo alle raffinatezze del lusso, in cui il sistema nervoso si sviluppa al massimo grado. Essendo la clorosi di grande interesse per il ginecologo, quì me ne occuperò un poco più diffusamente dell'Autore e soltanto di quella che si osserva nella pubertà o vicino a questa.

Gli antichi autori l'hanno descritta coi nomi di *Spanœmia*, di *Cachexia Virginum*, di *Morbus Virginis* ecc.

Le cosiddette *cause predisponenti* sono l'età della pubertà ed il sesso femminile. Questa ultima causa è tanto importante che alcuni autori hanno affermato essere la clorosi una malattia esclusivamente delle donne ed Hoffmann giunse a tale esagerazione da chiamar *deliranti* coloro che ammettono la clorosi nell'uomo, nel quale, avvegnachè rarissimamente, si può realmente osservare, sopratutto nella pubertà. La spiegazione di questo predominio del sesso si è creduto di trovarla nella costituzione fisiologica del sangue della donna, che è naturalmente povero di globuli (99 per 1000 grammi di sangue, mentre nell'uomo la media è di 132 per 1000 secondo Lecasnu. Tutte le analisi hanno dimostrato (Foedisch, Becquerel e Rodier) che il sangue della donna contiene globuli e ferro in minore quantità di quello dell'uomo. Quanto all'influenza della pubertà è naturale l'attribuire ai fenomeni fisiologici, che allora si producono nella donna, un'azione speciale; si può ammettere una temporanea spoliazione, per dir così, dell'organismo in favore dell'apparecchio ovarico giunto al periodo di attività e se nell'uomo la clorosi della pubertà è rara ciò dipende dal fatto che le sue funzioni genitali si sviluppano in modo lento, più graduale e non sono accompagnate al primo loro manifestarsi da un lavorio fisiologico così rilevante come quello della donna.

La *cause eccitanti* della clorosi sono sovratutto quelle di natura deprimente, come i disturbi in famiglia, la mancanza di simpatia da parte dei parenti, un amore contrastato ovvero le esagerate occupazioni mentali. La dimora in un chiostro, o in luoghi privi di aria e di luce, la mancanza di esercizii corporei, una cattiva alimentazione, le commozioni repentine e forti, le passioni tristi, le cattive letture, l'onanismo, le veglie prolungata, sono tutte cause di clorosi.

Lo *stato del sangue* delle clorotiche è diverso da quello delle donne di buona salute; la densità è minore; il numero dei globuli è minore (ritenendolo di 128 per 1000 fisiologicamente nella clorosi scende a 63). Oltre alla diminuzione numerica Duncan ammette la loro alterazione qualitativa. La differenza della clorosi dalle altre forme di anemia consiste principalmente in ciò che il difetto di emoglobina è di gran lunga più considerevole del difetto numerico dei corpuscoli rossi, onde move la tinta verdiccia e l'estremo pallore della cute.

I sintomi che annunziano l'avvicinarsi della clorosi in generale sono una depressione morale di cui non si sa dare spiegazione, un carattere irritabile e volubile, uno stato nervoso, la manifestazione di brame indeterminate e poi perdita di appetito, flatulenza, dispepsia e costipazione. Ben presto si manifesta la tinta cerea qualificativa; vi hanno palpitazione di cuore, freddo alle estremità; la faccia talvolta si fa rossa repentinamente ed in modo irregolare ed a questi sintomi altri tengono dietro insieme a scarsezza ed a mancanza della mestruazione, a dolori nevralgici in varie parti del corpo, a sensibilità sotto la pressione nella regione cervicale inferiore o nella dorsale superiore.

Non sono rari gli attacchi d'isterismo; si può manifestare un' insolita stanchezza ed anche, ma di raro, convulsioni, e mania. La prostrazione talfiata è tanto grande che l' inferma è stanca al minimo sforzo ed ha palpitazione. Diviene languida, svogliata a tutto, nervosa; amante della solitudine; in certi casi si sviluppano sintomi di mania suicida.

Tutti questi sintomi variano nei diversi casi; ora predomina il dolor di capo o una nevralgia, ora la dispnea e la palpitazione, ora la gastralgia, ora i disordini mestruali, ora la debolezza generale. La mestruazione si altera, diviene irregolare nella sua manifestazione, o cessa completamente, il sangue emesso è scarso, più pallido del solito e spesso somigliante più a liquido leucorroico che a liquido catameniale. Spesso vi ha dismenorrea.

Il cuore, la cui nutrizione si compie male, diviene irritabilissimo e per uno sforzo corporeo o per commozione facilmente si eccita sorgendo così la palpitazione; l' inferma accusa anche un forte dolore sotto al cuore e non è raro il deliquio. A causa della debolezza della circolazione, dello stato acquoso del sangue e della debolezza di tutti i tessuti la faccia spesso diviene turgida e si gonfiano le mani ed i piedi per il passaggio del siero nel tessuto connettivo. Le estremità in generale sono fredde e soggette ai geloni nel verno. Talvolta si formano ecchimosi, massime nelle regioni tibiali, che dànno origine al cosiddetto *erythema nodosum*.

In un certo numero di casi la *diatesi tubercolosa* spiega un'influenza nel prevenire lo stabilirsi della mestruazione. Questa predi-

---

Le malattie cardiache, la tubercolosi e l'anemia sono i morbi che più facilmente si possono confondere colla clorosi. In questa si ode sulla base del cuore un rumore di soffio ed un accentuato rumor di trottola (*Bruit-de-diable* dei Francesi, *Nonnengeräusch* dei Tedeschi) alla base del collo. La qualità e l' intensità del rumore che si ode alla base del cuore specialmente in generale bastano a far distingnere questo (che è un rumore funzionale) da un rumore organico.

Nella clorosi la respirazione ordinariamente è di tipo normale e non vi è ottusità di percussione agli apici, come si osserva nella tubercolosi.

Talvolta si può confondere la clorosi col primo periodo dell' itterizia; l'errore si eviterà tenendo conto dei sintomi generali.

In certi casi di clorosi con avanzata anemia hanno luogo versamenti pleurici o peritoneali e si può supporre che questi dipendano da morbo di Bright, da malattia cardiaca o da peritonite cronica, ma la mancanza di albumina nelle urine e lo stato generale dell' inferma basteranno a chiarire la diagnosi.

L'anemia si distingue dalla clorosi perchè questa è una malattia primitiva, essenziale e spontanea, mentre quella è secondaria. Ecco come Thomas mette a confronto le note differenziali di queste due malattie:

Anemia	Clorosi
È un semplice impoverimento del sangue dipendente da difettosa alimentazione, da qualche perdita dell'organismo o da qualche avvelenamento del sangue.	È una malattia in cui predominano i sintomi nervosi e può manifestarsi con o senza il più comune dei suoi sintomi, l'anemia.
Ordinariamente si può spiegare scovrendo qnalche causa speciale.	Non si può trovare una causa speciale.
Si osserva in tutti i periodi della vita, negli uomini, nelle donne e nei fanciulli.	In forma tipica ordinariamente manifestasi nelle fanciulle giunte alla pubertà.
Guarisce facilmente allontanando la causa, con una regolare alimentazione e coll'uso del ferro.	Cede soltanto ai rimedii che agiscono sul sistema nervoso, come alteranti e tonici.
È sempre caratterizzata da impoverimento del sangue.	Talvolta manca l'impoverimento del sangue.
Dà luogo ad un aspetto turgido e pallido della faccia.	Produce un colore tendente al verde.
Ordinariamente non cagiona tristezza o grande irrequietezza nervosa.	Per lo più le produce.
Non è specialmente accompagnata da nevralgie viscerali.	È sempre associata a nevralgie.
Non vi ha nessuna speciale affezione del plesso solare.	Vi hanno dolore, molestie o disturbi ordinariamente riferibili al plesso solare.
Il ferro giova sempre.	Il ferro spesso non produce effetto.
Allontanata la causa della malattia avviene subito la guarigione.	Se si allontana la causa supposta, l'inferma spesso migliora, ma lentamente.

Le inferme che stanno per guarire di un ematocele sovente hanno l'aspetto simile a quello delle clorotiche, ma studiandole bene si avranno i dati necessari per la diagnosi.

Nel far la *cura* di una clorotica bisogna primieramente determinare quale è la causa apparente della malattia, perciò è necessario un attento e minuto studio dell'inferma e delle circostanze in cui si trova, sia sotto l'aspetto sociale, sia sotto quello igienico, sia sotto altri aspetti. Non dobbiamo arrestarci alla scoverta dello stato anemico ed alla prescrizione del ferro, ma cercare la causa o la concatenazione di cause che producono il male e se è possibile allontanarla. Quando è impossibile ottenere questo scopo, quantunque abbiamo la convinzione che la causa esista nell'ambiente in cui sta l'ammalata, si deve ordinare il cambiamento di aria, tenendo conto in questa prescrizione dell'epoca dell'anno e della residenza attuale dell' inferma, se in città o in campagna. Nel primo caso, ove si presti la stagione, le si consiglierà una stazione di bagni, o qualche bella campagna ove le sia facile divertirsi e procurarsi distrazioni. Se poi stava già in campagna la si manderà in città ordinandole di procurarsi tutti gli svaghi che questa può fornire.

Quando le condizioni dell' inferma il consentono si ordinerà un viaggio, a cui si dee ricorrere sempre nei casi ostinati.

Spesso giovano i bagni di mare quando l' inferma è in tale stato da avere la reazione dopo il bagno ed a questo non segue dolor di capo e stanchezza.

Le passeggiate, gli esercizii del cavalcare e simili, fatti moderatamente, sono benefici.

È stata raccomandata l' inalazione di ossigeno per migliorare l' appetito e così modificare lo stato del sangue.

sposizione alla tisi è per se stessa una prova del bassissimo livello in cui stanno i poteri nutritivi.

Una grave malattia di qualsiasi specie ritarderà o impedirà la manifestazione delle regole. Il Dr. West ricorda un caso nel quale un grave attacco di scarlattina a quindici anni avea ritardato la mestruazione fino a venti anni [1]. Il *cretinismo* produce lo stesso effetto.

Manifestazione imperfetta dei catameni. — Non sono rari i casi di questo genere. Giunge il periodo della pubertà ed ha luogo uno scarso flusso mestruale, poi cessa, e si ripresenta scarsamente dopo passati due mesi, poco più, poco meno. Ovvero il flusso colorato è sostituito da un liquido pallido, la cui apparizione mensile è abbastanza regolare. A questi casi il nome di amenorrea, rigorosamente parlando non è applicabile, ma realmente appartengono alla stessa categoria di quelli testè studiati, giacchè, in generale, la scarsa mestruazione dipende da qualche disordine nello stato generale dell'organismo. Una cosa che talvolta si osserva nei casi in cui la mestruazione non si mostra , è l' apparizione di quella che chiamasi *mestruazione vicaria* — flusso sanguigno periodico da un'altra parte del corpo, da una delle mucose o dalla superficie di un'ulcera.

Soppressione della mestruazione. — La mestruazione può cessare in qualunque periodo per l'azione di certe cause esterne o interne e la soppressione ha luogo repentinamente o con maggior lentezza e gradatamente, sicchè vi sono due tipi distinti di casi.

a. Cessazione repentina. — In tale forma tutto indica che agisce un elemento di disturbo: essendo giunto il periodo mestruale il flusso ha continuato per alcune ore e poi di botto è cessato , essendovi un chiaro rapporto fra questa cessazione ed alcune influenze esterne o interne le quali si sa che in quel dato momento agirono disturbando l'atto fisiologico. Il flusso mestruale così, può sospendersi bruscamente per l'azione dell'umido sui piedi o per infreddatura presa in altro modo, per spavento o dietro notizie dispiacevoli o capaci

---

Parecchie volte è stata abbastanza efficace l'elettricità, per mezzo della corrente continua, sicchè è bene sperimentarla.

Gli alimenti debbono essere leggieri, nutritivi, di facile digestione e variati; latte, uova, brodi, pesce, cacciagione, pollame ed altre carni se sono ben tollerate. Il vino leggiero, non dolce, agevolerà la digestione. Si può tentare la birra. Alcune volte gli spiriti molto allungati con acque effervescenti hanno dato risultati buoni.

Quanto alla cura medica i tonici che hanno un'azione sul sistema nervoso, come la stricnina, la chinina, l'arsenico ed il fosforo nelle loro varie combinazioni col ferro gioveranno. Thomas raccomanda una mistura composta di arseniato di potassio gram. 8, tintura di noce vomica gram. 16; vino di ferro amaro gram. 260; se ne prenderà una cucchiaiata da caffè in un bicchiere da marsala pieno d'acqua, dopo ciascun pasto; il ferro dializzato, la soluzione di acetato di ferro, il citrato di ferro e chinina (30 a 40 centigrammi) ed altri preparati simili si debbono sperimentare. Quando l'inferma si rifiuta di prendere questi preparati liquidi si ordineranno pillole di arseniato di ferro (1[2-5 centigrammi), o di lattato di ferro (10-15 centigrammi), o di ferro ridotto (15 a 30 centigrammi) ecc. combinati colla chinina, colla stricnina o col fosforo. SCAMBELLURI.

[1] Lectures on *Diseases of Women*, p. 34.

di suscitare commozione. Il Dr. Emmet narra tre casi di soppressione dovuta a scossa morale (2ª ed. p. 175). Queste sono le cause più comuni della suddetta specie di soppressione. Il coito produce lo stesso effetto. Il primo sintoma della presenza di una delle malattie esantematiche può essere la istantanea soppressione del flusso catameniale.

Un'altra varietà di questa forma di soppressione è quella in cui non vi ha cessazione del flusso nel modo così caratteristico come quello or ora descritto; il flusso continua per il solito numero di giorni, ma non ritorna nel periodo successivo. Questa forma, non che quella che si può chiamare sospenzione dei catameni, può dipendere da svariate cause. La funzione catameniale frequentemente è sospesa, secondo Sir Ranald Martin, nelle signore che stanno in viaggio dalle India passando per il Capo. Il Dr. Tyler Smith dice che questi effetti dell'aria di mare sono simili in certo modo a quelli della dimora nelle stazioni balneari. Egli ricorda un caso in cui una signora, la quale andò a stare in una delle isole della costa occidentale della Scozia, insieme a sua sorella e a due serve, e divennero tutte amenorroiche [1]. Il cambiamento di livello da Thames Valley a 500 piedi più in alto, giusta le mie osservazioni, cagionò l'amenorrea in tre diverse donne. Montgomery descrive l'azione della depressione morale nel produrre questa sospensione in giovanette chiuse in prigione. Io, più di una volta, ho avuto l'occasione di osservare che le donne sono soggette a sospensione del flusso mestruale per uno o due periodi dopo che per la prima volta vanno a stare in una casa le cui scale sono di pietra e senza tappeto, mentre ove stavano prima le scale erano di legno.

β. *Soppressione graduale.* — Sotto questo nome possiamo occuparci di quei casi in cui, essendo diminuita la quantità del flusso per due, tre o più periodi, o in cui, essendosi sempre più allungato l' intervallo, in ultimo la mestruazione è cessata.

Le cause della soppressione dei catameni che avviene a gradi a gradi possono distinguersi in costituzionali, organiche e fisiologiche.

Costituzionali. — Qualunque circostanza o serie di circostanze che possono opporsi alla nutrizione di tutto il corpo ed alla debita realizzazione dei varii processi, il cui complesso costituisce la vita, può essere causa di soppressione o cessazione delle regole. Molto frequentemente avviene che in ogni epoca in cui i processi vitali sono in una grande attività — quando dallo stato di fanciulla si passa a quello di donna ed è più che mai necessario che il corpo faccia un opportuno esercizio, sia ben nutrito e goda di aria pura e si prenda il dovuto riposo — manchino queste condizioni tanto necessarie al debito svi-

[1] *On Leucorrhea* p. 182

luppo e ad un sano accrescimento. Le giovani donne che appartengono alle classi più basse e medie della società e che sono dedicate per molte ore del giorno ad occupazioni sedentarie di vario genere, sovratutto le cucitrici, presentano più specialmente l'alterazione di cui ci occupiamo. La salute gradatamente va scadendo e dopo un certo tempo la mestruazione cessa. Allora, e nella maggior parte dei casi non prima, si ricorre al medico. La soppressione, non di raro, ha luogo in un modo più acuto nelle giovani donne delle suddette classi, giacchè basta a produrla una leggiera causa, che in una donna robusta non avrebbe tanta potenza.

Quando questa soppressione graduale si osserva, è necessario cercare quale è lo stato generale del corpo. La soppressione è un sintoma importante, non per se stesso, ma come segno di alcuni cangiamenti morbosi, forse in parte profondi, la cui conoscenza, acquistata a tempo, può essere d'immensa utilità per l'inferma, ove se ne sappia trar debito profitto. Le più comuni delle condizioni generali, costituzionali, che producono la soppressione di cui ci occupiamo sono: *i prolungati patemi d'animo, la pletora, la clorosi, l'anemia, le gravi emorragie o le perdite di lunga durata dalle varie superficie mucose, la tubercolosi pulmonare o di altri organi.*

La fine prematura dei catameni, che si può ritenere quale una delle forme di amenorrea, può essere conseguenza di cronica malattia uterina, di gravi e ripetute emorragie, ecc., o può aver luogo senza una causa valutabile. Quando trattasi di una donna che ha più di trent'anni, l'amenorrea può divenire permanente, quantunque, come è naturale, ciò non si possa conoscere a principio.

Fra le *cause locali* della soppressione graduale le principali sono le seguenti: le *flussioni dell'utero* spesso arrestano del tutto la mestruazione; il flusso diminuisce di anno in anno e in ultimo cessa molto prima dell'epoca fisiologica e sebene nella maggior parte dei casi le flussioni tendano a produrre piuttosto menorragia che amenorrea, i casi di amenorrea, che hanno rapporto colla loro presenza, sono abbastanza comuni. Il flusso diviene scarso e in fine può cessare del tutto. Le antiflessioni, come le retroflessioni, possono produrre questo effetto. Una *malattia ovarica* sovente è accompagnata da amenorrea dal suo primo apparire, ma ciò non accade sempre. Quando è ammalata una sola ovaia le funzioni mestruali possono continuare come al solito. La *peritonite cronica,* dipendente dalla formazione di briglie retraenti nelle ovaie — fatto frequente su cui il Dr. Tilt, massime presso di noi, ha richiamato l'attenzione — può dare origine alla specie di amenorrea di cui discorriamo. La *ipertrofia cronica* dell'utero, talvolta, si accompagna all'amenorrea. Il *fibroma uterino* anche produce, di quando in quando, amenorrea. La mancanza del flusso mestruale qualche volta si nota prima che

si formi l'*ematocele periuterino. Il restringimento del canale cervicale dell'utero,* che avviene dopo la gravidanza o è prodotto da ripetuta applicazione di caustici alla bocca dell'utero, in certi casi è causa di questa forma di amenorrea.

Cura dell'amenorrea accompagnata da ritardo della pubertà o da imperfetto sviluppo degli organi della generazione.

Quando la pubertà è semplicemente ritardata, se l'inferma è apparentemente robusta e di buona salute, e se non si mostra nessun molimen mestruale, non è necessario nessun intervento, almeno a principio; e in queste circostanze l'andamento delle cose per lo più è sodisfacente. Bisogna rendere attive le funzioni corporee piuttosto che le facoltà mentali e adottare tutte le misure atte a nutrire e corroborare l'organismo.

La mancanza della mestruazione, congiunta a mancanza di molimen, si osserva appena dopo i diciannove o venti anni, salvo il caso in cui dipenda da difettoso sviluppo di qualche parte dell'apparecchio generativo. Nel capitolo sulle « *Malformazioni dell'utero, ecc.* » si trovano casi illustrativi di questo stato di cose. Nei casi d'imperfetto sviluppo dell'utero o di altri organi della generazione, l'inferma può star bene sotto ogni altro aspetto. I casi meno favorevoli sono quelli in cui mancano totalmente i molimen mestruali. Quando la mancanza della mestruazione è in rapporto colla presenza di un utero di volume inferiore al normale — coll'utero « infantile » — Sir J. Y. Simpson raccomanda di portare continuamente una serie di piccoli pessarii galvanici la cui lunghezza e grossezza aumenta successivamente, la quale pratica, dietro il consiglio del suddetto autore, è stata adottata ed ha dato alcuni buoni successi.

Vi ha appena bisogno di dire che i casi i quali reclamano questo metodo di cura sono in realtà molto eccezionali. Le circostanze che potrebbero giustificare o rendere necessario l'adottarlo sarebbero quelle in cui i mezzi corroboranti generali furono inutilmente tentati per un considerevole periodo di tempo (che varierebbe secondo l'età dell'inferma), in cui si è fatta un'esattissima diagnosi dello stato dell'utero ed in cui lo stato generale di salute della donna è tale da indicare positivamente che la mancanza della mestruazione non vi ha alcun rapporto. La faradizzazione in tali circostanze promette buoni risultati. In un caso accentuato di utero infantile, in una giovanetta di 20 anni, che non aveva mai avuto mestruazione, questo mezzo fu usato sotto la mia direzione, per alcune settimane, nell'*University College Hospital.* L'azione della corrente ebbe l'effetto, in ultimo, di provocare un copioso scolo leucorroico. L'inferma migliorò molto colla cura adottata ed abbandonò l'ospedale per andare a cambiare aria, però non ne ebbi più notizia.

La prospettiva di un buon risultato da tale cura interna dell'utero è tenuissima, se l'utero non ha un certo volume. Per esempio, se l'utero è mezzo pollice più corto e l'inferma è giunta a 20 anni ben poco beneficio si può sperare. L'esame combinato, descritto a pag. 28, in tali casi si deve far sempre: bisogna essere attenti a distinguere l'utero flesso dall'utero troppo corto. Oltre a ciò, fa d'uopo ricordare che l'utero imperfettamente sviluppato ha, come è naturale, un grado di antiflessione maggiore di quella che ha l'utero normale.

In alcuni casi, quando lo stato generale sembra buono, ma non vi è mestruazione, il matrimonio è atto a provocarla. Il matrimonio, però, non si deve consigliare come mezzo curativo dell'amenorrea, salvo il caso in cui si siano adottate misure per accertare che la vagina e l'utero sono normali o abbastanza bene sviluppati.

Cura dell'amenorrea accompagnata da alterazione dello stato generale di salute.

Di questi casi ne osserviamo un gran numero: la mestruazione si è mostrata una o due volte, scarsa, e poi è cessata; le donne che fanno notare questi sintomi sono ordinariamente giovani, fra i dodici e i diciotto anni, hanno qualche indisposizione generale, con cui si associò l'amenorrea. In un più piccolo numero di donne non vi è stato indizio di mestruazione, essendo l'inferma caduta in uno stato di cattiva salute prima di giungere all'età dei catameni.

Il conoscere il rapporto, di causa ad effetto, che passa fra l'alterazione dello stato generale di salute e la mancanza della mestruazione è importantissimo sotto l'aspetto terapico. « La funzione della mestruazione » dice Sir Charles M. Clarke « come le altre funzioni del corpo, si compie nel miglior modo possibile quando l'organismo sta bene. Or, la buona salute non è costituita da un'esagerata pienezza, o dall'esercizio violento di funzioni, e neppure da debolezza o da funzioni fiacche, perciò gli stimolanti non avranno influenza ove non si badi a corroborare lo stato generale dell'inferma anche nei casi di debolezza. Ancor meno applicabile sarà un tal metodo di cura ai casi d'interruzione dei catameni che ha luogo nelle donne di abito pletorico, in cui la stessa pletora è la causa dell'interruzione del debito compimento delle secrezioni naturali. Invece, dunque di ricorrere a tali misure—alla sferza ed allo sprone (che, se hanno un'azione, è nociva)—si deve por mente alle particolarità morbose dell'organismo ed alle abitudini di vita dell'inferma; si devono combattere le prime e migliorare le seconde; bisogna far diminuire la pienezza esagerata nelle donne sanguigne, migliorare le forze di quelle debilitate; in breve, fa d'uopo correggere lo stato

generale e rinfrancare le funzioni organiche » [1]. Questi sono sani precetti. L' inutilità e l'assurdità dei tentativi, per mezzo dei soli cosiddetti emmenagoghi, di curare l'amenorrea accompagnata a cattiva salute , sono ovvie. Si deve ritenere quale condotta assolutamente inopportuna il tentare , con una stimolazione locale dell' utero, di provocare la mestruazione, in una tisica, per esempio, ed il dare un posto importante a tale metodo di cura. Giusta l'esperienza di tutti i pratici diligenti i rimedii che più energicamente agiscono come emmenagoghi sono quelli che hanno una maggiore azione benefica sullo stato generale poco lodevole. Quando la cura è coronata da successo, l'apparizione o il ritorno dei catameni è il risultato *finale* che bisogna raggiungere. In primo luogo bisogna far migliorare l'inferma sotto gli altri aspetti , il resto verrà da se, nella maggior parte dei casi.

La cura, dunque, deve essere generale, fa d'uopo trovare il punto debole ed attaccarlo. O l' inferma ha vissuto male, prendendo scarsi alimenti, o non bastanti a nutrirla — subendo, in realtà, una specie d' inanizione cronica ; o ha menato una vita troppo sedentanea o troppo diversa dalla igienica, respirando aria impura — in breve sottoponendo il corpo, in un periodo molto critico, a numerose influenze riconosciute incompatibili con un buono stato di salute.

Un importantissimo elemento nella cura dell'amenorrea è, molte volte, il *riposo*, massime quando potrebbe aspettarsi il periodo mestruale. Ciò è più specialmente necessario quando l'amenorrea è stata prodotta da fatiche eccessive e da insufficiente alimentazione. Così io posso citare il caso di una giovane signora che per più di un anno non aveva avuto mestruazione ed avea fatto una vita molto attiva prendendo, al tempo stesso, troppo poco cibo. Le fu ingiunto di stare in posizione sdraiata per alcune settimane, ma si era attenuta a questo consiglio solo da quindici giorni, quando ritornò la mestruazione e consecutivamente si mantenne regolare. Quando non possiamo ritenere necessario il proibire il moto, si deve spesso assumere la posizione orizzontale invece di quella seduta, in tal modo risparmiamo al cuore una parte del lavoro che deve compiere ed al tempo stesso si libera l'utero da un' indebita pressione.

Nelle classi industriali della società la negligenza delle leggi igieniche è anche causa di grandi mali sotto questo aspetto. Nelle classi più elevate molto spesso incontra che la premura dei genitori per la coltura mentale dei loro figli si oppone al mantenimento del benessere fisico e questa è la causa principale per cui, sovratutto nelle scuole, si è destinato troppo poco tempo agli esercizii corporei e molto alle occupazioni sedentanee della mente. L'errore che spesso

---

[1] *Diseases of Females*, parte ii. p. 38.

si commette nel regolare la vita delle giovanette e delle fanciulle nelle scuole è la mancanza dell'opportuno esercizio corporeo proporzionato ai bisogni delle varie persone. Alcune ragazze sono forti e ben nutrite e queste ponno trar beneficio da una lunga passeggiata, ammesso che vi *siano abituate*. D'altra parte, le ragazze che non sono state ben nutrite, i cui tessuti sono deboli e rilasciati, soccombono frequentemente o prendono radice i germi di una grave malattia dopo una serie di passeggiate alle quali non erano affatto idonee. Che cosa possa essere questa grave malattia l'abbiamo detto nel capitolo « sull'Etiologia delle Flessioni » (veggasi p. 132). Dai fatti ivi citati risulta abbastanza evidentemente che, ove non sia rigorosamente regolato, il moto eccessivo è pericoloso nelle donne giovani non robuste e non ben nutrite. Vi è stata l'abitudine di raccomandare nei casi di amenorrea esercizii come quello del cavalcare, del camminare a lungo, ecc. Io ho visto parecchi casi in cui l'aver messo in pratica questo consiglio è stato causa di grave danno. Dovrebbe essere inutile l'aggiungere, ma non è così, che il guardarsi nelle prime ore della mattina, il prendere alimenti di buona qualità e sostanziosi, il respirare aria ben rinnovata, il portare vesti calde, sono tutte cose necessarie al mantenimento della buona salute durante i due o tre anni che precedono e seguono la data del primo apparire della mestruazione. L'osservare queste regole — indispensabili a mantenere le donne di buona costituzione in uno stato di benessere — è doppiamente necessario quando vi ha tendenza alla « debolezza », o quando vi è realmente un disordine di qualsiasi specie. Circa l'importante questione della *dietetica* e gli effetti di un'insufficiente alimentazione (qualitativamente o quantitativamente) veggasi un capitolo precedente a p. 89.

In generale, come effetto di un cattivo stato di salute dell'inferma, troviamo che in parte è anche causa dello stesso la grande inerzia ed inattività degli organi digerenti rivelate dalla mancanza di appetito e dalla costipazione e perciò, prima che sia possibile il far prendere quella quantità di alimenti nutritivi che sono necessarii all'inferma, spesso fa d'uopo migliorare lo stato degli organi digerenti. Trenta a sessanta centigrammi di pillole composte di rabarbaro seguiti da una piccola dose di un aperiente salino, come l'acqua di Friedrichshall o di Hunyadi Janos nella mattina seguente, si possono amministrare a principio una o due volte la settimana. Raramente sono necessarii rimedii più energici. Le misure igieniche, il moto all'aria aperta, le abluzioni di acqua fredda fatte per mezzo della spugna, il fregare la pelle sera e mattina con un asciugamano ruvido, son tutti mezzi ausiliarii la cui importanza si deve far ben comprendere all'inferma , in caso opposto la sua cura non sarà regolare nè efficace. L'inferma deve essere ben coverta di panni, ba-

dando a tener calda la superficie cutanea e le estremità. « È di un'estrema importanza » dice Sir James Clark « per la inferma il mantenere attiva la circolazione alla superficie cutanea e sulle estremità, e presso di noi questo scopo non si può ottenere senza vestir panni che mantengono caldo il corpo ». Queste osservazioni si applicano specialmente ai casi speciali di cui ci occupiamo. Dopo pochi giorni, i tonici, come il ferro e la chinina, si possono dare quotidianamente due o tre volte, regolando secondo le circostanze lo stato delle intestina. Una cucchiaiata da tè di olio di ricino, amministrata ogni mattina, è un efficacissimo rimedio, quando l'inferma non è robusta abbastanza da fare molto moto e quando debbonsi evitare gli sforzi nell'atto del defecare.

L'efficacia del ferro nei casi di amenorrea è grandissima. Il miglior modo di darlo è quello in forma di acqua naturale minerale. Come medicina si può amministrare quasi sotto qualunque forma. Lo sciroppo di fosfato di ferro è un buon preparato. Il citrato di ferro e chinina è una buona combinazione dei due rimedii.

La dispepsia che spesso non manca in tali casi è una molestissima complicazione, e si cura benissimo dando *frequentemente ed in piccolissime quantità* per alcuni giorni alimenti semplicissimi, evitando tutte le sostanze solide e permettendo all'inferma soltanto quell'alimento che per esperienza si è trovato di facile digestione per lei. Il latte coll'acqua, i leggieri brodi di carne, il tuorlo d'uovo battuto senza cuocerlo col latte, le zuppe, l'essenza di carne di Brand, sono alcuni dei più nutritivi e digeribili cibi. In alcuni casi l'uso di sostanze digerite per l'avanti artificialmente è un efficacissimo mezzo.

Il vino è utile in molti casi, massime quando l'inferma è stata sottoposta ad inanizione cronica (e questo stato di cose non si osserva soltanto fra le classi più basse della società) per alcuni mesi o forse anni. Il vino coadiuva l'inferma a prendere cibo e certamente sostiene le forze. Io annetto molta importanza alla carne. Bisogna darla due o anche tre volte al giorno o più spesso, ma in piccole quantità ciascuna volta (veggansi pp. 90 *e seg.*).

Tutti i mezzi che possono far migliorare lo stato del corpo e mantenerlo in florida salute saranno confacenti al nostro scopo, cioè al richiamo della mestruazione. Bisogna sempre tener di mira che l'amenorrea non è che un sintoma, non una malattia.

Dopo che saranno tentati convenientemente i mezzi opportuni, talvolta è bene inviare l'inferma in un sito di mare per qualche tempo, od ordinare un cambiamento di aria. In alcuni casi, quando i ferruginosi non hanno prodotto buoni effetti è utile mandar l'inferma a stare nelle vicinanze di una sorgente ferruginosa. La piccola quantità di ferro che l'acqua contiene, una al cambiamento di aria, di luoghi e di vita hanno un'azione molto benefica a far migliorare lo

stato di salute. Le acque di Schwalbach, Spa, Pyrmont, Driburg , Kissingen sono da raccomandare più di qualunque altra per uso interno. Le acque ferruginose , però , non sono da raccomandare esclusivamente nei casi di ostinato cattivo stato generale con amenorrea, poichè talvolta l'uso continuo dei bagni caldi, come quelli di Vichy , Ems, Carlsbad, Wiesbaden, o Baden-Baden fa molto bene, aumentando l'attività cutanea e degli apparati secretivi in generale. Sovratutto è necessaria la pazienza nella cura; non dobbiamo credere che la mestruazione si mostrerà subito, ed in realtà l'inferma per lo più migliora sotto tutti gli altri aspetti, prima che si abbia col comparire dei catameni la prova che si è raggiunto lo scopo della cura.

Gli emmenagoghi , dunque, non si devono mai dare collo scopo di produrre il flusso mestruale in un modo più diretto ed immediato? Raramente. Essi sono più specialmente opportuni nei casi di cui ora ci occuperemo, nei quali vi ha soppressione e vi è stata la mestruazione. La reale ed immediata manifestazione delle regole nella classe di casi ora descritti è, pertanto, vantaggiosa in un sol modo, cioè togliendoci qualunque dubbio sulla possibilità della mestruazione. Si può cessare di produrre un'azione più diretta quando sono state largamente sperimentate le misure generali e non hanno dato frutto, non che quando, essendo buona la salute e non osservandosi nessun accenno di mestruazione, si crede opportuno il ricorrere a questo metodo di cura come ad un *ultimo mezzo*. Il miglior metodo da seguire nel tentare di provocare direttamente questa attività dell'utero sarà ora esposto.

Clorosi ed amenorea. — Qui vale ciò che abbiamo detto quanto al governo di quei casi di amenorrea con alterazione dello stato generale di qualsiasi specie. Questi casi sono di quando in quando ostinati e in quelli cronici sono necessarii molto tempo e pazienza. Generalmente vi ha molta stitichezza. Bisogna dare quotidianamente una bevanda lassativa, scegliendo quel rimedio che agisce più facilmente, il rabarbaro, il sale di Rochelle con manna, l'olio di ricino; questi sono alcuni dei più semplici rimedii che possiamo scegliere e non dei peggiori: una volta la settimana, o presso a poco, può essere necessaria una bevanda più energica contenente decotto di aloe con qualche sale aperiente. Sono indispensabili i preparati ferruginosi; in generale sono più convenienti le piccole dosi e sono efficacissimi quando si dànno sotto forma di acque minerali. Talvolta bisogna cogli esperimenti decidere quale è il preparato di ferro che maggiormente si adatta al caso speciale. La clorotiche spesso sono tanto deboli che a principio bisogna essere molto attenti, poichè sono incapaci a mangiar molto o a tollerare forti esercizii corporei. Perciò sulle prime non è opportuna una cura energica. Dobbiamo secondo le forze dell' inferma regolare l'alimentazione ed il metodo di vita. In questi casi sono essenzialissimi il vino ed i buoni alimenti.

Amenorrea con mestruazione vicaria. — Lo scopo della cura in questi casi è di fare migliorare primieramente lo stato generale, che per lo più è cattivo, coi tonici, ecc., ed in secondo luogo di provocare la congestione dell'utero e dei visceri pelvici nei periodi mestruali. L' inferma deve essere curata come se presentasse soppressione della mestruazione. Finalmente sarà necessario mitigare qualunque molestia, dolore o inconveniente che può essere conseguenza di un flusso anormale [1].

Cura della soppressione della mestruazione.

In un caso di soppressione *acuta* delle regole, se si vede a tempo, la cura conveniente sarebbe di mettere l' inferma immediatamente in un semicupio caldo e di amministrare uno stimolante, come gin ed acqua caldi e, sovratutto se la causa è stata una repentina infreddatura, bisogna cercare di riattivare la funzione della cute mettendo l' inferma a letto e dando una dose (60 a 90 centigrammi) di polvere di Dover. Alla regione ipogastrica si applicherà un senapismo ed alla lombare si applicheranno bottiglie piene di acqua calda o sacchetti caldi. Nelle donne robuste o di abito pletorico sarebbero utili le ventose ai lombi o il salasso; nella maggior parte dei casi si potrebbero applicare le mignatte alla parte superiore ed interna delle coscie. È probabile che i più potenti mezzi per procurare il ritorno della mestruazione in tali circostanze sarebbero o l'applicazione dell'elettro-galvanismo o un clistere contenente aloe. Generalmente avviene, però, che quando l'ammalata viene a farsi osservare l'epoca opportuna di questa cura è passata. Allora dobbiamo aspettare fino alla vigilia o all'antivigilia del successivo periodo ed allora applicare i rimedii adatti. Questi consistono nel mantenere l'inferma in riposo, in mezzo ad una temperatura piacevole, nel metterla in un semicupio senapato, mattina e sera, tre o quattro volte se è necessario, dando due o tre volte al giorno una bevanda calda stimolante, e, se il caso è ostinato ed altre circostanze non l' impe-

---

[1] Nei casi di mestruazione vicaria, siccome l'emorragia in generale ha luogo prima che l'inferma chiami il medico, non si può fare che ben poco e, dato il caso che questi giunga a tempo, nòn è condotta prudente il ricorrere ai mezzi che possono arrestarla. Quando è avvenuta una volta la mestruazione vicaria e si teme la sua ripetizione, ove trattisi di donna pletorica, è bene dare un purgante di azione rapida, prescrivere un semicupio caldo o un pediluvio, le coppette sul sacro o l'applicazione di qualche mignatta all'ano o alla parte interna delle coscie, e negl'intervalli fra i periodi mestruali si ordinerà un metodo di vita regolare, restringendo la quantità degli alimenti, regolando la funzione intestinale e prendendo tutte quelle altre misure che si stimeranno opportune. Quando trattasi di donne giovani e delicate, nelle quali non sono rare le epistassi, sono indicati i preparati di ferro soli o insieme alla stricnina o ad altri rimedii tonici. Si raccomanderanno i panni caldi intorno alle natiche, i sottocalzoni di flanella nell'inverno e le calze di lana non che tutti i mezzi che si credono atti a favorire la circolazione pelvica. Se si manifestano segni di molimen mestruale si ordineranno bagni caldi da prendere la sera. SCAMBELLURI.

discono, nell'usare il galvanismo o qualcuno degli emmenagoghi di cui ora parleremo. L'oppio è un eccellente rimedio quando contribuiscono alla soppressione cause morali. Di quando in quando osserviamo casi in cui ha luogo una soppressione brusca in donne giovani di costituzione debole, le quali andarono soggette a commozioni morali durante il periodo della mestruazione. Allora l'oppio ed una buona alimentazione si devono usare generosamente, aggiungendovi il riposo e la quiete.

Molte e varie medicine o misure curative sono ritenute efficaci a provocare il flusso mensile; ma sono estremamente dubbie nei loro effetti ed azione nelle diverse inferme e molto spesso non dànno nessun risultato. La maggior parte dei cosiddetti emmenagoghi agiscono provocando congestione e pienezza dei vasi uterini e delle parti circostanti. Ecco i più raccomandati: l'aloe per clisteri, sciolto nell'acqua saponata (Aran); le antiche pillole di aloe e mirra della farmacopea, che si devono dare alla dose di 30 centigrammi o più, ogni sera ed ogni mattina, per pochi giorni antecedenti al periodo mestruale che si aspetta; l'ammoniaca sciolta nel latte (una cucchiaiata da tè in mezzo litro di latte per iniezione nella vagina); la sabina, il cui olio si può amministrare sciolto in una mucilaggine alla dose di tre o quattro gocce (Sir Charles Clarke, Dr. Tilt ed altri); il iodo (Dr. Rigby, il quale lo preferiva in forma di ioduro di ferro); Sir Charles Locock trovò frequentemente utilissima una combinazione di mirra, aloe, solfato di ferro ed olio essenziale di sabina. L'ergotina, alla dose di sessanta centigrammi tre volte al giorno, è anche molto raccomandata dallo stesso autore.

Si è detto che la senape (Ashwell, Rigby) agisca come emmenagogo, data a dosi di sessanta a settanta centigrammi. Il Dr. Ashwell riteneva che il mercurio fosse il migliore rimedio di questo genere ed a me è sembrato che avesse indubitatamente buoni effetti in alcuni casi in cui l'ho usato. In due sere successive, nell'epoca del periodo mestruale che si aspetta, si può dare una dose di trenta centigrammi di calomelano e trentasei di aloe, prendendo nella mattina seguente una polvere di Seidlitz. Se l'inferma è molto debole la dose deve essere minore; infatti la debolezza controindica questa cura. Lo sciroppo di ioduro di ferro è il rimedio che io ho usato più spesso e vi ho molta fiducia nei casi di amenorrea inveterata che cominciò colla soppressione.

Sir J. Y. Simpson usava gli stimolanti diretti nell'interno dell'utero—nitrato di argento, cantaridi, iodo—per mezzo di un portacaustico e li applicava nell'epoca in cui avrebbe dovuto mostrarsi la mestruazione, ripetendoli ad intervalli di un mese; raccomandava inoltre una specie di coppetta secca nell'interno dell'utero e certi pessarii galvanici intrauterini di speciale costruzione nella forma di

amenorrea di cui ora parliamo. Il Dr. Althaus afferma che in molti casi ha tratto gran beneficio dalla faradizzazione fatta con assiduità e bene; l'apparato di Pulvermacher è anche semplicissimo ed ingegnoso per applicare in modo continuo questo agente terapeutico ed è specialmente adatto ai casi cronici di amenorrea dopo che è stato ricostituito lo stato generale coi mezzi opportuni.

I casi di *soppressione cronica* si debbono curare giusta il su esposto principio — primieramente modificando il cattivo stato generale, secondariamente coadiuvando, mese per mese, con mezzi blandi, il ritorno della mestruazione.

Cura dei casi di ritenzione mestruale.

I varii stati fisici che dànno origine alla ritenzione mestruale hanno bisogno, ognuno, di una cura conveniente.

1. *Mancanza della vagina e ritenzione mestruale.* — In questo caso la mestruazione è impossibile, non essendovi comunicazione fra la vulva e l'utero. La mancanza di questa comunicazione talvolta è accompagnata da difettoso sviluppo dell'utero ed in questi casi, pur se vi fosse una comunicazione, la mestruazione non potrebbe avvenire per questa ultima causa, ma altre volte, come che manchi la vagina, l'utero è bene sviluppato ed il sangue mestruale giunge nella cavità di questo in ogni periodo mensile. La distensione dell'utero può essere molto considerevole, le sofferenze dell'inferma aumentano gradatamente d'intensità e vi sono la clorosi e i segni di altri gravi disordini generali. La sola cura che può procurare un vantaggio è la meccanica. Le difficoltà che s'incontrano nel procurare questo beneficio variano nei diversi casi, ma sono sempre molto maggiori quando si tratta d'imperforazione dell'imene con ritenzione, e non solo sono maggiori le difficoltà, ma è anche più considerevole il pericolo di un'operazione.

Il caso operato da Amussat [1] probabilmente sarà sempre citato a prova delle difficoltà inerenti al tentativo di stabilire un canale vaginale e per indicare quale è il miglior modo con cui si superano queste difficoltà. Trattavasi di una giovanetta di anni 15 1|2, in cui la vagina mancava, e la quale avea avuto sintomi di ritenzione mestruale sin dall'età di 13 anni. Vi era un tumore sopra la pelvi della grandezza dell'utero a sei mesi di gestazione. Il tumore sentivasi dal retto; l'uretra era la sola apertura che vedevasi nella vulva ed introducendovi una sonda si poteva sentire dal retto attraverso un sottilissimo tramezzo («à travers des parties très minces»). La diagnosi era evidente. Amussat, dopo stirata la vulva, spinse l'estremità superiore di una sonda in alto sotto l'uretra e poi, servendosi allo stesso modo del dito mignolo, cercò di aprire un passaggio verso il fluttuante

[1] *Gaz. Médicale*, 1835, pp. 785 e 817.

tumore pelvico, nella direzione della vagina. Stirando il perineo in basso e contemporaneamente spingendo il dito in dentro ottenne una specie di separazione. Allora fu introdotta una spugna per mantenere la dilatazione e tre giorni più tardi questo processo combinato di lacerazione e dilatazione fu di nuovo applicato. Dopo due altri tentativi, nei due corrispondenti giorni consecutivi, si giunse finalmente al tumore. Per mezzo della spugna fu mantenuta la dilatazione. Al decimo giorno dopo il primo processo operativo il tumore fu punto, prima col trequarti e poi col bistori ed uscì il liquido mestruale ritenuto tanto tempo nell'utero. Nell'epoca dell'operazione il tumore era lontano due pollici dalla vulva. L'apertura uterina fu allargata e si applicò un tubo. Seguì infiammazione della tromba sinistra di Falloppio, dal retto vennero fuori coagoli. In appresso l'inferma ebbe quattro volte ritenzione mestruale, ma finalmente si ottenne la guarigione e la giovanetta ricuperò tale stato di perfetta salute che due anni più tardi fu seriamente messa in campo la questione della convenienza del matrimonio.

Amussat rifiutò l'uso del bistori per la nota ragione di evitare la vescica da un lato ed il retto dall'altro. La principale difficoltà nel seguire il piano di Amussat è la lunghezza del processo e l'opposizione dell'inferma a perseverarvi. In un caso riferito da Bernutz [1] per questo motivo si dovette interrompere il processo operatorio, quando, secondo sembrava da ciò che avvenne dopo, si stava per raggiungere il tumore uterino. In un caso molto simile a quello di Amussat, il Dr. Braxton Hicks non potette compiere l'operazione da lui promessa efficace a ristabilire la vagina, per la stessa causa [2].

Un altro metodo di cura, che è stato adottato nei casi di questo genere, è la puntura dell'utero dal retto. S'intende che questo processo è soggetto alla grave obbiezione che il passaggio aperto per l'uscita del sangue mestruale non è nella posizione naturale, e l'operatore può vigilare meno l'uscita del liquido. Sembra che in alcuni casi, però, il setto fra l'uretra ed il retto sia così sottile da non permettere il tentativo di aprire un passaggio al liquido ritenuto.

Ove la formazione della vagina sia realmente impossibile l'unico mezzo che resta è di attaccare l'utero dalla via del retto. Per eseguire questa operazione è necessario un trequarti curvo e bisogna esser molto attenti ad evitare la vescica. In questo caso maggiormente s'impongono le norme sul modo con cui si deve permettere al liquido di uscire dall'utero e che ora esporremo parlando dell'imperforazione dell'imene. La uscita del liquido deve essere lentissima, l'inferma starà sdraiata e forse possono essere necessarii gli oppiacei.

Un caso importante fu riferito all'*Obstretical Society* da Baker Brown, nel quale vi era atresia vaginale con ritenzione mestruale

[1] *Loc. cit.* p. 307.
[2] *Obst. Trans.* vol. ix. p. 232.

da due anni, l'utero era grosso come si vede a quattro mesi di gestazione. Fu punto nel modo sopra detto e vi si lasciò il trequarti per quindici giorni. Un mese dopo l'inferma ebbe la mestruazione dal retto. In due casi, molto simili ad uno riferito da Brown, il Dr. Braxton Hicks eseguì la stessa operazione e fece uscire felicemente il contenuto dell'utero. Il Dr. Hicks ritiene che il tubo non si dovrebbe lasciare nell'apertura così fatta per più di dieci o dodici ore, e per evitare la penetrazione dell'aria raccomanda di chiudere il tubo immediatamente prima del completo vuotamento del contenuto uterino.

Il Dr. Emmet ha operato con grande successo in alcuni casi di questo genere. Egli procura un passaggio con un processo combinato di taglio e lacerazione, adoperando in ultimo un trequarti per portar fuori il liquido mestruale, lavando l'utero, dopo vuotàtolo, e introducendovi un dilatatore di cristallo. Il Dr. Galabin [1] ricorda due casi in cui fu eseguita un'operazione alquanto simile; ma, giusta la sua esperienza, non trovò utile la lavanda uterina, giacchè una delle due inferme morì. Il Dr. Galabin ritiene che le iniezioni sieno più inopportune nei casi congeniti. Egli cita, altresì, quattro casi di operazione in cui l'occlusione era la conseguenza di retrazione cicatriziale consecutiva al parto o a processi operativi, nei quali permise che, dopo la puntura, il liquido colasse senza fare iniezioni uterine fino a dodici ore dopo; in tutti i quattro casi si ebbe buon risultato.

Circa la questione generale del risultato che accompagna le sopradescritte operazioni sembra che, per quanto riguarda la ritenzione, sieno abbastanza sodisfacenti e non s'incontra grande difficoltà a mantenere un'apertura sufficiente all'uscita dei prodotti mestruali. Ma quanto alla conservazione di un canale vaginale adatto ai bisogni matrimoniali l'esperienza dimostra che spesso è difficilissimo raggiungere lo scopo e che fanno d'uopo ripetute operazioni coll'uso continuo dei dilatatori nella maggior parte dei casi, per mantenere un canale vaginale sufficientemente ampio.

2. *Imperforazione dell' imene con ritenzione mestruale.*—L'operazione necessaria in questi casi è la perforazione dell' imene. In un certo numero di volte è avvenuta la morte dopo la perforazione della membrana e fu trovato sangue nella cavità peritoneale che costituiva un ematocele periuterino. In altri casi la morte è avvenuta senza la sopradetta effusione di sangue per peritonite e pioemia.

In questi casi di ritenzione mestruale l'utero, la tromba di Falloppio e la vagina sono distese dal sangue, e l'utero talvolta raggiunge un enorme volume, arrivando fino od oltre l'ombelico nei casi avanzatissimi, essendo durato questo stato di cose per parecchi

---

[1] *Obst. Journ.* 1878, p. 360.

mesi, talvolta, eziandio , per anni, prima che si sia conosciuta la natura dell'affezione o, almeno, prima che si sia tentato di dare un reale rimedio. Le cavità contenenti il sangue hanno le pareti assottigliatissime e sotto altri aspetti modificato.

Bernutz [1] credeva che l'esito funesto, quando era associato ad emorragia intraperitoneale, dipendesse dalla contrazione dell'utero, provocata dall'uscita del liquido, contrazione che forzava il sangue contenuto nella tromba di Falloppio a passare nella cavità peritoneale. Questa spiegazione probabilmente è esatta per la maggior parte dei casi di questo genere. In alcuni casi la morte può dipendere da una o più circostanze riunite. La subitanea cessazione della forza che distendeva le parti, nei casi in cui le pareti delle trombe di Falloppio erano state assottigliate e dilatate, deve per se stessa spiegare un effetto nocivo sulla vitalità dei tessuti della parte in questione. Un certo numero di morti son da riferire all'assorbimento purulento, poichè la penetrazione dell'aria produce decomposizione del sangue e pioemia. È evidente che la circostanza indicata da Bernutz è importantissima quanto al metodo di cura che bisogna adottare in questi casi.

Uno scrupoloso esame dei fatti ricordati sembrerebbe che dovesse menare alla seguente conclusione : la morte avviene con maggior probabilità quando la ritenzione ha durato lungo tempo, e la prognosi sarebbe perciò più favorevole in un'operazione eseguita due mesi dopo il primo anno di mestruazione che sei mesi dopo. Da ciò risulta la grande importanza della diagnosi fatta a tempo e con esattezza. Quanto all'operazione è evidente che in un caso di ritenzione da imperforazione dell' imene, l'unica cura possibile è la meccanica. Si deve preparare una via all'uscita del liquido e così rendere possibile la mestruazione. Il modo di eseguire l'operazione che secondo me è il preferibile è questo : in primo luogo è sommamente desiderabile che l'evacuazione avvenga quanto più lentamente si può allo scopo di evitare un'indebita ed irregolare azione delle fibre uterine e di dar tempo alle parti che si riducano nella più graduale maniera al loro volume normale. In secondo luogo è assolutamente necessario che si eviti qualunque penetrazione dell'aria nella vagina e nell'utero durante o dopo l'operazione. Il piano che una volta si adottava era di fare, con una lancetta , un bistori o un trequarti, un'apertura nell' imene sufficiente a fare uscire, immediatamente nell'istante dell'operazione, la maggior parte del sangue ritenuto. Io credo che sia miglior condotta far prima un' apertura larga tanto da bastare appena a permettere l' uscita di una piccolissima quantità di liquido , apertura eseguita obbliquamente sulla membrana occlu-

[1] *Clin. Méd. sur les Maladies des Femmes*, tom. i. p. 68.

dente, a mò di valvola. Il liquido deve uscire a goccia a goccia. Se l'apertura si chiude, nel giorno seguente se ne farà una seconda simile alla prima, o anche due o tre giorni più tardi e si sosterrà bene ma dolcemente l'addome con una fascia ed un adatto guancialetto di bambagia durante tutto il periodo dell' uscita del liquido. L' inferma starà in assoluto riposo. L' apertura dell' imene non si dovrà ingrandire fino a che l'utero non ritorna alle sue dimensioni normali, giacchè, sulle prime, lo scopo è di fare uscire il liquido nella più graduale maniera possibile. Ove penetri aria e si decompone il liquido sarebbe meglio aprire un'ampia strada e fare abbondanti iniezioni antisettiche. Con piacere ho visto che questa pratica, suggerita in una precedente edizione di questa opera, sia stata adottata da altri e trovata buona. Nei casi venuti sotto la mia osservazione ha dato buoni risultati. È da risolvere la questione se le iniezioni d'acqua nell'utero sono scevre di pericolo quando si fanno *subito* dopo l'operazione in qualunque caso. Bernutz raccomanda che nell'evacuare l'utero si scelga, per far l'operazione, un' epoca che corrisponda ad otto o dieci giorni dopo un periodo mestruale e che si usi un piccolo trequarti. Egli ritiene che la pressione fatta sull'addome sia soggetta ad obbiezioni. Per questa particolarità il metodo raccomandato da me differisce da quello di Bernutz, giacchè io ritengo, ed il mio metodo ha avuto la conferma della pratica, che il guancialetto di bambagia e la fascia siano indispensabili. Quanto al resto, il principio su cui si fondano i due metodi è identico, giacchè da amendue si riconosce la necessità dell'evacuazione lenta.

3. *Ritenzione da imperforazione dell'utero.* — Sono rari i casi di ritenzione *completa* dovuta a questa causa. I casi più comuni di ritenzione *incompleta* — in altre parole di dismenorrea — saranno trattati nel capitolo sulla « Dismenorrea ».

CAPITOLO XXXIII.

MENORRAGIA

Definizione. — Varie forme di menorragia.
Patologia ed etiologia. — Rapporto della gravidanza e degli aborti colla menorragia e colla metrorragia — Cause generali o costituzionali — Località — Avvelenamento per piombo — Eccessi sessuali — Alterazioni della temperatura — Cancro dell'utero ed affezioni affini — Polipi e fibromi — Ematocele periuterino — Inversione cronica dell'utero — Emorragia dell'età critica — Flessioni dell'utero — Congestione cronica dell'utero ed ipertrofia della mucosa (cosiddetta fungosità) — Rapporto di questi ultimi stati colla flessione — Involuzione difettosa — Stati anormali della bocca dell'utero — Lacerazione — Arrovesciamento — Ipertrofia — Piccoli polipi mucosi.
Diagnosi. — Esame dell'utero — Esame delle varie sostanze espulse.
Cura generale. — Tonici, bagni, medicine ed altri mezzi.
Cura locale. — Cauterizzazione intrauterina, ed asportazione della mucosa col raschiamento.

La parola « menorragia » indica un esagerato flusso mestruale. La parola « metrorragia » indica un'emorragia dall'utero che non è di origine mestruale. Questa almeno è l'ordinaria differenza che si fa fra i due nomi.

Quando ha luogo un'emissione di sangue dalle vie generative della donna, esso può venire dall'utero, come incontra generalmente, o essere un'emorragia delle pareti della vagina, dell'apertura di questa, ovvero dipende dalla rottura di una vena pudenda varicosa , o dall'uretra. Perciò nei casi di emorragia dalle vie generative non si tratta assolutamente di menorragia o di metrorragia.

Il prodotto catameniale sembra che sia naturalmente più abbondante in alcune donne che in altre, vuoi che la quantità del liquido è grande, vuoi che il periodo di durata è lungo, a causa d'idiosincrasia, d'influenza del clima, dell'età e simili. Tutte queste circostanze debbono essere tenute in conto nel dare una risposta alla seguente domanda: « È esagerata la secrezione mestruale ? »

Nella pratica, le forme sotto cui si presentano la menorragia e la metrorragia sono numerose. Ecco le più comuni fra esse.

1. L'emissione mestruale, di mese in mese, gradatamente aumenta

di quantità, finchè la complessiva perdita diviene realmente considerevole.

2. La perdita nei periodi mensili è grande ed accompagnata da uscita di grumi, da dolore, ecc.

3. L'inferma perde un'estrema quantità di sangue nei suoi periodi mestruali e talvolta anche negl'intervalli avviene, repentinamente, una copiosa emissione di sangue.

4. Vi è quasi uno scolo continuo di sangue dagli organi della generazione, talvolta con grumi, che si alterna colla leucorrea.

5. La perdita di sangue avviene di botto e non nel periodo mestruale ed è accompagnata da dolore dorsale o nella regione dell'utero.

Questa serie potrebbe essere aumentata indefinitamente. Sono anche numerose le variazioni relative ai fenomeni concomitanti, dolore, leucorrea intermittente, cattiva natura del liquido emesso, e prostrazione generale.

Anche nel grado di gravezza osserviamo varietà. Molte volte la perdita di sangue è soltanto un'inconveniente, in altri casi la vita dell'inferma è in pericolo a causa della quantità perduta, ed in altri la prognosi è sfavorevole perchè la malattia da cui dipende l'emorragia è grave.

Patologia ed etiologia.

Un'insolita perdita di sangue dall'utero può essere prodotta da svariatissime cause e la difficoltà di distinguerle è maggiore perchè, essendo l'utero la sorgente di una periodica emorragia fisiologica vi è una predisposizione alle emorragie di questo organo che manca nel caso di altri organi del corpo.

Rapporto della gravidanza e degli aborti colla menorragia e colla metrorragia. — Qui è il caso, a proposito della menorragia, di alludere a quell'importante classe di casi in cui la perdita del sangue è in rapporto colla presenza o avvenuta presenza nell'utero del frutto del concepimento.

Un'emissione di sangue dagli organi generativi in un caso in cui la mestruazione precedentemente è mancata per un mese o per due o tre mesi; ed in una donna la cui età non esclude l'idea della gravidanza, deve *sempre*, qualunque sia lo stato e le condizioni dell'inferma, suggerire la possibilità di un aborto.

Nei casi di aborto le mestruazioni mancarono per due, quattro, cinque o sei mesi; l'emorragia comincia lentamente, preceduta talvolta, da brivido, da nausea, da dolori dorsali ed alle coscie, ecc.; ed è accompagnata da dolori alla parte inferiore dell'addome somiglianti, e col fatto identici, a quelli del parto. L'emorragia non è

continua, ma interrotta, e si ripresenta dopo pochi minuti o più. Generalmenle vi ha una periodicità negli attacchi ricorrenti di dolore e di emorragia. Dopo poche ore, o, in alcuni casi, dopo un più breve intervallo, l'uovo, o porzioni di questo, sono espulsi insieme a grumi; e se l'espulsione è stata completa, l'emorragia cessa, salvo il caso in cui vi sia ancora un secondo uovo nell'utero, come nel concepimento gemellare. L'espulsione può essere ritardata per più lungo tempo o può essere espulso l'embrione, restando la membrana ed allora l'emorragia continua, divenendo talvolta profusa. L'emorragia dall'utero, più spesso di quanto ordinariamente si suppone, dipende da aborto, nelle donne maritate, presso a poco nel secondo mese della gravidanza; la causa reale spesso non si riconosce e si crede che trattisi di semplice irregolarità di mestruazione. Io ho visto casi di aborto che sono stati quasi mortali perchè si credettero casi di emorragia semplice. La diagnosi differenziale fra l'aborto precoce e la mestruazione esagerata spesso, infatti, è tutto altro che facile. Se l'aborto ha luogo molto presto l'esame dell'utero dalla vagina non fornisce dati positivi per chiarire il dubbio. La sola prova evidente che si può ottenere in questo periodo è quella data da uno scrupolosissimo esame dei grumi o sostanze espulse dall'utero. (Veggasi « Sostanze espulse per le vie generative »). Più tardi è più decisiva la prova derivante dallo stato fisico dell'utero.

Se un aborto è avvenuto di recente e l'emorragia ha luogo pochi giorni dopo, ricorrendo forse in occasioni successive, può trovarsi coll'esame delle materie espulse, che l'embrione è venuto fuori, ma la placenta o qualche parte delle membrane è rimasta. Questa ritenzione spesso è causa di gravissima e pericolosa emorragia. La placenta è piccola nel caso di un uovo a tre o quattro mesi: ma, quando è ritenuta nel modo sopra detto, può essere la causa di grave e diffusa emorragia. Quando l'embrione è espulso prima di essa la parte rimasta è principalmente costituita dalla decidua, e questa si può inspessire ed ipertrofizzare moltissimo. In un caso nel quale si è sospettato l'aborto è sempre necessaria un'esplorazione vaginale. Noi non dobbiamo far troppo assegnamento sulle asserzioni delle inferme. Talvolta sono stati emessi soltanto coaguli quando si asserisce che è avvenuto l'aborto.

Durante gli ultimi tre mesi della gravidanza di quando in quando vi è un'emorragia, essendo la placenta parzialmente o totalmente attaccata sovra la bocca dell'utero, *placenta praevia*. Quando nell'ultimo periodo della gravidanza avviene repentinamente un'emorragia sospettiamo che vi ha placenta previa. Fra l'emorragia, che è conseguenza di un aborto e la placenta previa, vi è questa differenza: nel caso di aborto l'inferma può essere o no conscia della sua gravidanza; ovvero, conoscendo la sua gravidanza, può avere un motivo per

nasconderla a chi le sta vicino; nei casi di placenta previa ordinariamente si sa che l'inferma è gravida. L'emorragia può avvenire durante la gravidanza e può essere copiosa quando non vi ha tuttavia impianto della placenta nella bocca dell'utero, essendone causa un distacco limitato della placenta da questo ultimo. Queste emorragie, in linguaggio ostetrico, sono state chiamate « accidentali » essendo distinte dalle « inevitabili » emorragie che sono conseguenza della placenta previa. Un'emorragia ostetrica « accidentale » può essere o no seguita da espulsione del feto.

Cause generali o costituzionali. — Lo stato del sangue è indubitatamente un importante elemento etiologico in molti casi. Le varie condizioni diatesiche che, come è noto, predispongono generalmente ad emorragie si classificano nel seguente modo:

Emorragie persistenti e ripetute di qualsiasi specie, che dànno origine ad uno stato acquoso, defibrinato del sangue, possono così produrre menorragia e metrorragia. La *porpora o la diatesi tubercolare* può allo stesso modo esser causa di emorragia dall'utero.

Il *morbo* di Bright, indicato da uno stato albuminoso dell'urina, generalmente accompagnato anche da edema malleolare, delle palpebre, ecc., è una delle più importanti cause generali della menorragia. L'*allattamento smodato* è un'altra causa egualmente importante; le inferme sono spesso debolissime in questi casi: non di raro si osserva la *mania* come altra conseguenza in questi casi di eccessiva lattazione. La *depressione mentale prolungata* è causa ed effetto della menorragia. Abbiamo inoltre un gran numero di casi dipendenti da *alterazione cronica degli organi della digestione*, che producono congestione dell'utero e degli organi pelvici in generale; da *affezioni croniche dei grossi visceri, del cuore, dei pulmoni* e *del fegato* che dànno anche origine alla congestione degli organi pelvici e in breve un reale stato di malattia, il disordine generale dell'organismo prodotto da una *vita dissoluta* e dalle *occupazioni sedentanee o non igieniche.*

La dimora in siti umidi o paludosi, ove abbondano le *influenze malariche*, è stato dimostrato che è causa di profusa mestruazione in certi casi, allora la menorragia non infrequentemente si accompagna a febbre intermittente. La *residenza nei climi tropicali*, quando trattasi di Europee, nella maggior parte dei casi è seguita da abbondante mestruazione, infatti la maggior parte delle volte che dall'India tornano in Inghilterra donne in uno stato deperito di salute, la menorragia è un sintoma culminante. Le moleste flessioni dell'utero si notano anche in questa specie d'inferme.

Può esservi menorragia *nei casi di avvelenamento per piombo.* Paul [1] per il primo fece notare che gli aborti sono molto frequenti

[1] *Arch. Gén. de Med.* 1860.

nelle donne soggette all'azione del piombo ed oltre a ciò che nella stessa classe di casi è molto comune la menorragia. Io ho osservato donne che pienamente confermavano, per i fatti da esse presentati, l'asserzione di Paul. Benson Baker ha inoltre contribuito con altre osservazioni ad assodare ciò che ha detto Paul. [1]

Eccessi sessuali o circostanze che possono provocare e mantenere vive le tendenze erotiche per un tempo alquanto lungo talvolta dànno origine a tal grado di attività funzionale delle ovaie che ne risulta profusa mestruazione ed emorragia nei periodi non mestruali. Siccome il grado e il carattere dell'emissione mestruale sono così regolati e modificati dallo stato della funzione ovarica, non è da meravigliare se quando *le ovaie sono ammalate* il flusso sanguigno uterino è anche irregolare. Per lo più la presenza di una malattia ovarica è causa di diminuzione, o almeno non produce aumento, del flusso mestruale; ma frequentemente si è osservato il fatto opposto. Meccanicamente, altresì, ed insieme ad altri organi adiacenti, i disturbi circolatorii nelle ovaie possono contribuire ad un'emorragia dall'utero. La conclusione pratica è che, in un dato caso, l'attività funzionale delle ovaie o una malattia di questi organi, possono esser causa di emorragia uterina, essendo in buono stato l'utero.

Alterazioni termiche. — Perroud (« Gaz. Méd. de Lyon » Jan. 1862) ha osservato che un effetto accidentale della elevazione della temperatura è l'apparire del flusso mestruale pochi giorni prima del tempo debito. Si sono osservati catameni insolitamente profusi associati talvolta ad ematocele peri-uterino nella febbre scarlattina, nel morbillo o nel vaiuolo. Benson Baker, il quale ha fatto numerose osservazioni riguardo al vaiuolo, afferma che questo brusco apparire della mestruazione sia un sintomo premonitorio frequente. La mestruazione profusa può anche presentarsi come una delle *conseguenze delle febbri*.

I *disturbi mentali* possono produrre un flusso sanguigno dall'utero di natura puramente mestruale come che non avvenga nell'ordinario periodo catameniale.

Malattie organiche dell'utero.

Cancro dell'utero. — Quantunque non sempre, è un sintoma predominante di questo insidioso e funesto morbo l'emorragia in maggiore o minor grado. La quantità del sangue perduto ed i periodi in cui avviene l'emorragia variano secondo la sede del neoplasma e

---

[1] On the Influence of Lead-poisoning in producing Abortion and Menorrhagia, with Cases *Obst. Trans.* vol. viii. p. 41.

la fase a cui è giunto. Quando la donna è entrata nella cosiddetta « età dei cancri » e comincia ad avere menorragia ed oltre a questa accidentali perdite di sangue, o quando, essendo cessata la mestruazione, si osservano emorragie, bisogna riconoscere che questo sintoma può dipendere dal cancro. Più tardi — cioè quando la malattia è più avanzata — l'emorragia raramente è il solo sintoma che si osserva e genèralmente vi hanno molto dolore, leucorrea saniosa di cattivo odore e disturbi generali. Fa d'uopo ricordarsi segnatamente di una cosa, che, per un certo tempo l'emorragia può essere il solo segno valutabile.

Così, in una serie di casi attentamente osservati dal Dr. West l'emorragia fu il primo sintoma nel 43,9 per cento. Talvolta questa può totalmente mancare ed esservi soltanto profusa mestruazione. Un'altra circostanza, anche rara, ma che si può osservare, è che l'emorragia non è accompagnata da dolore. In un caso notato da me la prima emorragia avvenne nel coito e l'inferma, di 48 anni, indubitatamente avea cancro.

Le vegetazioni a cavolo fiore della bocca dell'utero ordinariamente dànno origine ad emorragia di carattere anormale. L' emorragia per lo più è occasionata dal camminare, dagli sforzi di qualunque specie, dal tossire, dallo starnutare, ecc. In generale vi ha scolo acquoso di cattivo odore nei casi di questa malattia.

Il sarcoma dell'utero e l'ulcera rodente della bocca uterina sono affezioni rare, accompagnate da emorragia, come quella del cancro ordinario, del quale probabilmente non sono che varietà.

Polipi e fibromi.— Le varie specie di *polipi* dell'utero producono emorragia, spesso molto grave, e talvolta mortale. La copia dell'emorragia non è affatto proporzionata alla grandezza del polipo, ma dipende piuttosto dal grado della vascolarità. L'emorragia è di carattere anormale e, coincidendo più o meno col flusso mestruale, come spesso ha luogo, può sulle prime passare inosservata; la sua tendenza è di aumentare, ma il corso dei sintomi è lento e se la perdita non è considerevole lo stato generale di salute può essere poco modificato. Un' importantissima classe di casi è quella in cui i polipi, stando completamente entro l'utero, producono grave emorragia sfuggendo all'osservazione per mancanza di dilatazione della bocca uterina. Sir J. Y. Simpson fu il primo ad indicare la necessità di esplorare l'interno dell'utero dilatandone la bocca, nei casi sospetti di questo genere. Quando il polipo diviene molto grande i segni della « pressione », come l'urinare e il defecare con difficoltà, accompagnano il consecutivo ingrossamento dell'utero. Gli aborti frequentemente dipendono dalla presenza di polipi uterini. Talvolta nella materia emessa trovansi coaguli o parziali impronte della cavità uterina. Quanto alla specie del polipo la natura dell'emorra-

gia non ci dà nessuna informazione precisa. Un'emorragia molto abbondante talvolta dipende da piccolissimi tumori — polipi « mucosi » come sono stati chiamati — che stanno immediatamente all'interno della bocca dell'utero. Nei casi di polipi uterini vi può essere profusa leucorrea e vi può essere molto dolore; ma la leucorrea, tranne in rari casi, non è di cattivo odore, come nel cancro ed il dolore è di natura diversa. Oltre a ciò l'inferma con polipo può, relativamente, restare per qualche tempo nello *statu quo*, cosa che non si osserva nel cancro. Non sono rari i casi in cui il polipo uterino resta ignorato per anni e l'emorragia, colla sua lunga durata, mina in ultimo le basi della vita, la pelle diviene avvizzita e l'inferma si riduce ad uno stato di debolezza estrema.

I *fibromi dell'utero*, i quali hanno una composizione identica a quella dei polipi fibrosi, essendo gli uni e gli altri tumori dei tessuti uterini, possono o no produrre emorragia, giacchè la posizione del tumore influisce molto su questo risultato. Così, se il tumore sporge nella cavità (varietà sottomucosa) l'effetto, quanto all'emorragia prodotta, sarà perfettamente identico a quello che si avrebbe se vi fosse un polipo. Quanto più lontano dalla mucosa è il tumore, tanto meno frequente, ordinariamente, sarà l'emorragia. Nelle prime fasi di questi tumori l'emorragia può mancare totalmente. La mestruazione in generale è esagerata, sia per la durata, sia per la quantità emessa; per lo più, presto o tardi, si osservano altri sintomi, emorragie interperiodiche, aborti, ecc. Quando questi tumori fibrosi raggiungono un volume molto considerevole, spesso producono sintomi di compressione, come avviene nel caso di grossi polipi. L'emorragia prodotta dalla presenza di tumori fibrosi spesso è accompagnata da un sufficiente grado di dolore, che è spasmodico, alquanto simile ai dolori dipendenti da aborto. I casi di aborto si distinguono da quelli di tumore fibroso con emorragia perchè il dolore e l'emorragia cessano nel primo caso, ma restano nel secondo.

Ematocele periuterino.

I casi nei quali *mostrasi repentinamente una profusa mestruazione* meritano una menzione speciale. In un certo numero di casi trovasi che un brusco attacco di questo genere è accompagnato da un pericolosissimo ed allarmante accidente, il versamento del sangue nella pelvi, nelle vicinanze dell'utero, o nella cavità peritoneale, o nel tessuto connettivo sottostante al peritoneo, dando origine alla formazione di un tumore — *ematocele periuterino* — e ad una serie di sintomi importantissimi. La successione e la gravezza dei sintomi, naturalmente, variano in ciascun caso; spesso si presentano nell'ordine seguente: buono stato di salute precedentemente, quanto alla

mestruazione; repentina apparizione di un considerevole flusso sanguigno dall'utero in un periodo mestruale, forte dolore nell'addome e sintomi simili a quelli di perforazione, pallore cutaneo e tutti gli altri segni di una violenta emorragia, sincope, ecc. L'inferma può morire per la perdita di sangue versatosi nel peritoneo in mezzo a queste circostanze, o per effetto dei consecutivi cangiamenti nel coagulo ivi formatosi. L'ematocele periuterino non sempre è accompagnato da profusa mestruazione; infatti molto spesso avviene che nell'epoca della emorragia interna non si osserva il flusso esterno. Il caso più comune è forse quello in cui la mestruazione, essendo, stata in generale o per qualche tempo piuttosto profusa, per un certo periodo si sopprime o è in quantità molto inferiore alla solita e allora sorgono di botto i sintomi dell'emorragia interna. L'ematocele uterino, bisogna ricordarlo, non è la *causa* della mestruazione esagerata. La causa tanto di questa quanto di quello si troverà in qualche condizione generale predisponente dell'inferma, o in qualche già esistente cangiamento della ovaie, delle trombe ecc., o in una contemporanea malattia, generale e locale. Generalmente precedono l'attacco qualche irregolarità della mestruazione o di altro genere ed il fatto pratico da tenere a mente è che una repentina mestruazione profusa può accompagnarsi con questo pericoloso accidente.

Inversione cronica dell'utero. — Questo è uno stato che può dare origine a grave emorragia. È singolare abbastanza come questo stato dell'organo, è sfuggito all'osservazione per tanto tempo che la diagnosi della natura del caso è divenuta molto dubbia.

Da ciò la necessità di richiamare l'attenzione sul fatto che l'emorragia, avvenendo qualche tempo dopo un parto speciale, può dipendere da quest' anomalia, dall'inversione. Ordinariamente, quando non si è scoverta, vi è stata emorragia ad intervalli dall'epoca dello sgravo in poi; che a principio fu molto forte; che gradatamente diminuì; che poi assunse l'aspetto di mestruazione esagerata, avvenendo per lo più contemporaneamente ai soliti periodi catameniali; fra i quali, però, spesso si sono osservate grandi perdite di sangue. L'emorragia non è profusa e repentina ma è in forma di continuo scolo che dura un certo tempo ed in nove volte su dieci fu adoperata insolita forza a distaccare la placenta dopo il parto. Il polipo uterino dà origine a sintomi che rassomigliano molto a quelli dell'inversione uterina.

Emorragie dell'età critica. — Quando il flusso mestruale sta per finire, possono avvenire profuse perdite di sangue e ritornare ad intervalli per un considerevole spazio di tempo. Le emorragie dell'età critica si osservano più spesso nelle donne di temperamento sanguigno ed in quelle che hanno avuto abbondanti mestruazioni.

Talvolta simulano le emorragie dipendenti dal cancro dell'utero.

Flessioni dell'utero. — La retroflessione e l'antiflessione dell'utero ponno cagionare grave menorragia. L'emorragia forse è più facile che sia imponente nei casi di retroflessione, però io ho veduto perdite di sangue molto profuse prodotte dall'antiflessione; e siccome questa è più comune di quella la menorragia è più frequentemente provocata dall'antiflessione che dalla retroflessione.

L'eccessiva perdita di sangue che può avvenire nei casi di flessioni sembra che sia associata ad ostacolo della circolazione nell'organo ed in parte dipende dall' impedito reflusso del sangue dall' utero ed è maggiormente aumentata dall' ipertrofia congestiva che può passionare la mucosa dell' utero in tali casi (che ora spiegheremo). In essi l'utero è attaccato da una congestione passiva, che impedisce la libera circolazione del sangue, per cui i seni e le vene si sovraccaricano. La cavità uterina si riempie di sangue che non può uscire abbastanza facilmente. Segue dilatazione della cavità (come l'abbiamo descritta a pag. 165) e dopo un certo tempo il sangue raccolto è subitaneamente espulso con una specie di zampillo e questo processo di riempimento ed evacuazione dell'utero che si alternano si ripete ad intervalli. Quando questo stato di cose ha durato per alcuni anni l'utero trovasi in uno stato d'ipertrofia generale, l'inferma non solo ha profusa perdita di sangue nel periodo mestruale, ma possono avvenire emorragie anche in altre epoche ed in taluni casi l'inferma non resta quasi mai libera da emorragia.

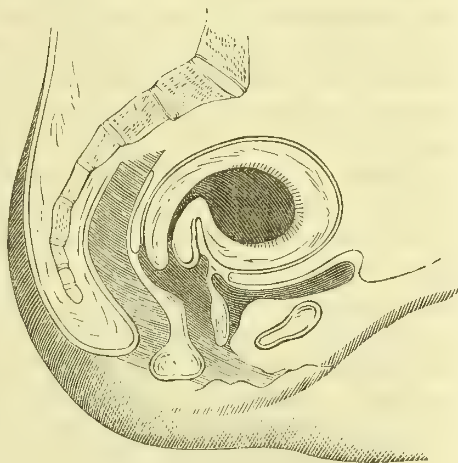


Fig. 143 [1].

Quantunque non sia un caso molto comune in questa età, ho visto poche ammalate con grave menorragia prodotta da antiflessione in *donne giovanissime*, di 17 o 18 anni, e l'emorragia era quasi continua e ribelle ai rimedii fino a che fu accertata la vera natura del caso. Ho visto del pari emorragie gravissime in donne molto giovani che aveano retroflessione.

Più comunemente i casi gravi di menorragia dipendenti da flessioni si osservano nelle donne che hanno avuto figli: l'utero imper-

[1] La fig. 143 rappresenta un utero ingrossato e dilatato; come talvolta si vede nei casi di menorragia. I casi presso a poco simili, in cui la cavità è più piccola, sono più numerosi.

fettamente contratto dopo il parto ha assunto una forma irregolare e la menorragia è derivata dalla distensione consecutiva dell'utero.

Congestione cronica dell'utero. — In molti casi di menorragia o di metrorragia l'utero è fortemente congesto. Come abbiamo spiegato nei capitoli sulla « Congestione » e sulle « Flessioni » questa congestione è molto spesso accompagnata da flessioni. Nella maggior parte dei casi è una congestione prodotta meccanicamente ed una delle sue conseguenze è l'emorragia dalla mucosa dell'utero. Uno degli effetti della congestione cronica dell'utero è di produrre un turgore, una tumefazione ed un'insolita vascolarità della mucosa uterina. Ciò si può vedere spesso per mezzo dello specolo finchè si tratta della mucosa del collo, alla bocca dell'utero, ove invece di un aspetto roseo ve ne ha uno profondamente congesto ed emorragico. L'interno del *corpo dell'utero*, però, è rivestito da una membrana molto più vascolare di quella del collo. Quando tutto l'utero è congesto molto la mucosa è, o può essere, parimenti alterata.

Lo scolo fisiologico di sangue che avviene da questa mucosa durante la mestruazione è così soggetto ad aumentare. La spessezza della mucosa è maggiore e siccome la superficie epiteliale manca (grazie al processo mestruale fisiologico) e si denuda, la superficie così ingrossata ed iniettata presenta pieghe e sporgenze che dànno un aspetto villoso o fungoso. Questa è la spiegazione probabile del fatto che questo stato della superficie uterina s'incontra in alcuni casi di menorragia. Le sporgenze villose, secondo questo modo di vedere, non sono che ipertrofia accompagnata a grande vascolarità ed a congestione passiva della mucosa del corpo dell'utero e lo stato dell'interno dell'utero in tali circostanze non indica la presenza di neoformazioni ma semplicemente uno stato estremamente turgido e vascolare degli elementi che naturalmente vi si trovano. L'anatomia della mucosa uterina e la conoscenza dei cangiamenti che avvengono in queste mucose durante il normale processo della mestruazione fanno naturalmente correre il pensiero alla sopra detta spiegazione.

La clinica evidentemente mostra che i casi in cui vi è la più intensa e cronica congestione dell'utero sono casi di flessioni gravi e croniche dell'utero. La menorragia non si osserva in tutte le donne con grave flessione ma in un certo numero di tali casi vi è menorragia molto avanzata. La flessione indubitatamente produce l'emorragia in moltissimi di questi casi e questa avviene a causa 1) dell'impedimento meccanico al passaggio del sangue attraverso i capillari della mucosa; 2) dell'ipertrofia e dell'anormale volume dei vasi che penetrano nella mucosa. Secondo questa opinione l'ostacolo meccanico alla conveniente circolazione nei vasi uterini è il primo male e la presenza dell'ipertrofia e della vascolarità della mucosa è il secondario. Amendue concorrono a produrre l'emorragia.

Un'altra parte della spiegazione del meccanismo dell' emorragia dall' interno dell'utero riguarda la difficoltà che questo incontra nel liberarsi del sangue effuso. Il liquido si raccoglie nell'utero, lo distende e perciò l'aia da cui proviene l'emorragia è aumentata (veggasi il capitolo sulle « Flessioni » p. 165).

Il caso riferito a pag. 104 ne fornisce dati istruttivi riguardo all'etiologia della menorragia e specialmente riguardo al rapporto che passa fra 1) la congestione cronica, 2) la flessione cronica, 3) l'ipertrofia cronica villosa o fungosa della mucosa uterina e 4) l'emorragia grave; giacchè in questo caso, quando la congestione generale dell'utero diminuì (per il raddrizzamento dell'utero) le sporgenze ipertrofiche precedentemente ingorgate di sangue diminuirono tanto di volume che quasi sparirono e divenne evidente che ciò che si era ritenuto tumore fungoso, forse anche maligno, dell'interno dell'utero, era semplicemente turgore congestivo della mucosa.

La sopra esposta è una spiegazione della natura della cosiddetta *fungosità* della cavità uterina che ha richiamato molto l'attenzione come causa di menorragia, ma la sua natura fin oggi non è stata ben conosciuta.

Importa moltissimo distinguere queste semplici ipertrofie dai *tumori maligni* nell'utero che possono assumere anche l' aspetto di fungosità. Un'imponente emorragia può essere prodotta sia da semplici tumori benigni, sia da maligni della cavità uterina.

Imperfetta involuzione dell'utero. — Questa è una causa di menorragia. L'utero è grosso e pesante ed il sangue si segrega abbondantemente dalla sua cavità. Questo stato è molto analogo a quello della congestione cronica ed infatti la imperfetta involuzione, non di raro, passa in congestione cronica.

Stati anormali della bocca dell'utero. — Uno dei più importanti, come causa di menorragia, è la *lacerazione del collo uterino.* Io ho visto alcuni casi in cui una profusa menorragia fu certamente prodotta da questa lacerazione.

L'*arrovesciamento della mucosa del collo*, con o senza lacerazione di questo, può produrre considerevole perdita di sangue, giacchè la mucosa arrovesciata facilmente dà sangue per l'attrito della sua parte interna col pavimento dalla vagina. Le cosiddette « ulcerazioni » della bocca in molti casi sono costituite dalle suddette abrasioni.

L'*ipertrofia della bocca dell'utero* non raramente è associata alle precedenti condizioni ed allora più facilmente avviene l'emorragia. Questo stato di cose è importante perchè si potrebbe confondere con un ingrossamento cancerigno.

I *piccoli polipi mucosi*, che partono dal labbro della bocca uterina,

spesso sono causa di perdite molto profuse di sangue, benchè possano non essere più grossi di un pisello [1].

Diagnosi.

La natura di ogni caso deve essere giudicata secondo le sue particolari condizioni. La precedente esposizione della etiologia e patologia della menorragia, e della metrorragia fornisce dati certi su

---

[1] Credo cosa opportuna di esporre quì appresso, in un quadro sinottico, le più importanti cause generali e locali dell'emorragia uterina; esso, mentre è per così dire un riepilogo di quanto ha detto l'Autore, serve al tempo stesso ad agevolare l'interpretazione dei varii casi che si presentano nella pratica.

Cause della menorragia e della metrorragia

- **Cause generali**
  - **Cervello**
    - Disturbi mentali, afflizioni, commozione, ecc.
    - Depressione morale prolungata.
    - Emozioni.
  - **Cuore**
    - Malattie della mitrale e delle altre valvole, p. e. insufficienza e stenosi della mitrale che produce ipertrofia, dilatazione ecc.
    - Degenerazione grassa.
  - **Polmone**
    - Polmonite, bronchite, enfisema, tisi ecc. in cui la dispnea o l'edema sono fattori della congestione dell'utero.
  - **Fegato**
    - Malattie tropicali; congestione per alcoolismo, massime nell'età critica, con pletora generale prodotta da una vita di lusso e d'indolenza; atrofia acuta.
  - **Rene**
    - Albuminuria; morbo di Bright.
  - **Milza**
    - Febbre intermittente; malaria prodotta dalla permanenza in luoghi umidi o paludosi.
  - **Ovaia**
    - Abuso del coito; ovarite.
  - **Intestino**
    - Costipazione; emorroidi; grossi tumori addominali che impediscono il reflusso del sangue attraverso la vena cava.
  - **Pelle**
    - Vaiuolo, rosolia, ecc.
  - **Sangue**
    - Alterazioni della massa sanguigna, come nel còlera, nel tifo, nello scorbuto, negli avvelenamenti saturnini, nella leucocitemia, nella emofilia, ecc.
  - Abuso della lattazione ed altre influenze debilitanti.
  - Primo apparire dei catameni ed il sopragiungere dell'età critica.
- **Cause locali**
  - Congestione dell'utero, ingorgo infiammatorio ed ipertrofia.
  - Spostamenti e flessioni dell'utero.
  - Ulcerazione granulare e cancerigna.
  - Polipi mucosi e fibrosi.
  - Fibromi.
  - Degenerazione fungosa della mucosa uterina.
  - Ematocele; gravidanza extrauterina.
  - Ritenzione dei prodotti del concepimento; mole.
  - Degenerazione idatidea dei villi del corion.
  - Inversione dell'utero
  - Ferite accidentali, come la lacerazione del collo dell'utero nel parto, durante operazioni, per morsi di mignatte, ecc.
  - Carcinoma, epitelioma.

Scambelluri

questo argomento. Non vi ha bisogno di dire che uno scrupoloso esame dello stato dell'utero e delle vie generative è essenziale, fatto coi metodi descritti in altri capitoli.

Quando sono avvenute insolite perdite sanguigne è un importante dovere del medico il ricercare ed esaminare le varie sostanze, coaguli di sangue e simili, che sono state espulse. Allo scopo di fare un conveniente studio è assolutamente necessario che l'osservatore abbia una minuta conoscenza pratica dell'anatomia normale dell'uovo e dimestichezza colle sue apparenze esterne.

Per varie cause spesso è difficile riconoscere in che consistono le sostanze espulse: è un buon metodo quello di tenerle nell'acqua per ventiquattro ore o anche più a lungo, dopo del quale tempo saranno molto più idonee ad essere esaminate. L'importanza di questa misura nell'esaminare i casi di sospettato aborto non si può non riconoscere.

1. *Uovo precoce.* — Se qualche porzione del corpo o delle membra del feto si trovano nella massa espulsa naturalmente non vi può essere dubbio di che si tratta, è un aborto. Quando nessuna parte o parti dell'embrione si trovano, passiamo a cercare se vi è qualcuno dei seguenti elementi: la decidua materna, o involucro esterno dell'uovo; la decidua riflessa che sta dalla parte interna della precedente; i villi del corion; il cordone ombelicale, ecc.

Mole. — Un uovo, o qualche sua parte, può restare nell'utero per moltissimo tempo, crescendo in un modo anormale o conservando una forma bassa di vitalità.

La « mola carnosa » come vien chiamata, consiste di un uovo fra le cui membrane si è versato sangue. Questo si è coagulato e si è formata una massa le cui parti sono agglutinate insieme e si separano con difficoltà. La presenza di membrane organizzate e di villi del corion distingue la «mola carnosa» dai semplici coaguli di sangue e da altre sostanze delle quali ora parleremo più specialmente. Bisogna ricordare che i villi del corion non si sviluppano in modo da costituire una placenta fin circa al quarto mese della gestazione.

Vi ha un'altra specie di vera mola, l' « idatidiforme » o « mola vescicolare » di cui ora daremo una descrizione.

2. *Placenta.* — Il volume, la forma, ecc. della massa e la presenza del cordone ombelicale, sarebbero gl' indizii esterni della placenta. L'espulsione di una placenta ritenuta è, almeno quando la ritenzione ha durato per qualche tempo, preceduta ordinariamente da uno scolo di cattivo odore; ma la placenta talvolta è stata emessa in apparenza fresca e senza segni di decomposizione. Nei casi di aborto al quarto o quinto mese la placenta può essere ritenuta per qualche tempo non essendo avvenuta la sua espulsione a principio per una qualsiasi regione. Vi sono riferiti casi i quali mostrano che

la placenta può essere ritenuta nell'utero dopo l'aborto per mesi ed anche per anni. Un esempio è citato da Montgomery che lo prese da Morgagni [1]. Io ho osservato più di un caso di questo genere. Intanto, la sua presenza nell'utero ha generalmente provocato gravi emorragie. Una placenta anticipata avrebbe il volume di un uovo di colomba; più tardi sarebbe più grande.

3. e 4. Talvolta sono espulsi spontaneamente dall'utero i *polipi fibrosi* ed i *fibromi*. Esternamente, questi corpi si potrebbero con facilità confondere con una placenta, tanto più che le emorragie antecedentemente avvenute si potrebbero ritenere come prova dello aborto. Il polipo uterino ed il fibroma frequentemente sono causa di aborto ed in certi casi l'aborto può avvenire prima e poi l'espulsione del polipo che ne è stato causa. Avvenne ciò , come ebbi motivo di conoscere, in un caso curato in campagna da un medico ed il polipo che venne fuori, fino a che non si esaminò più attentamente , fu ritenuto essere la placenta. La struttura di un polipo o di un fibroma differisce molto da quella della placenta, giacchè i primi presentano una struttura fibrosa, generalmente densa e talvolta molto resistente ; ma, quà e là, se trattasi di polipo, più spongiosa e cedevole. Naturalmente mancherebbe l' inserzione del cordone ombelicale. Talvolta sono espulse spontaneamente, come in un caso che ho pubblicato [2], masse fibrose contenenti grasso nel loro interno, che secondo me sono esempii di *degenerazione grassa* dei fibromi o dei polipi uterini, o si solidificano per deposito di *sostanza calcarea*. In generale troviamo la storia di già avvenute « frequenti e gravi emorragie » quando sono stati espulsi questi tumori. L'espulsione spontanea di cui quì si parla non è un esito frequente. In alcuni rari casi si distaccano masse di tumori cancerigni ed appaiono all' esterno. In tali casi, ordinariamente, il cancro è di gran lunga avanzato ed un esplorazione digitale farebbe conoscere l'origine del corpo espulso.

5. *Coaguli di sangue* (polipi sanguigni). — Nella cavità uterina si possono formare coaguli dipendenti da emorragia uterina di qualsiasi specie, dopo il parto, per la presenza di un polipo, di un cancro dell'utero, di mestruazione profusa, ecc. La cavità uterina, ordinariamente, non tollera molto la presenza di coaguli e per questo motivo in generale non vi restano tanto a lungo da divenire resistenti e densi. Spesso dipendono da aborti precedenti. La figura quì annessa rappresenta un « Ematoma polipoide » consecutivo ad un aborto al secondo mese. Le reliquie degli elementi del corion attaccato all'utero formano il peduncolo di una massa consistente di un coagulo sanguigno ed in tutto ha una forma polipoide [3]. Quando i coaguli sono abbastanza

[1] *Op. cit.* p. 259.
[2] *Trans. of Path. Society*, vol. XI. p. 173
[3] La figura è presa dai *Krankhaften Geschwülste* di Virchow. Band. I p. 146.

recenti, si rompono facilmente colla pressione o dopo di essere stati macerati nell'acqua. I corpi fibrosi organizzati non si rompono con questo mezzo. Quando vi sono polipi dell'utero talvolta escono coaguli che hanno una forma circolare simile a segmenti di anelli. Il polipo



Fig. 144.

provoca contemporaneamente l'emorragia ed impedisce l'uscita del sangue e così formansi i sopradetti anelli. I coaguli non recenti possono essere discretamente resistenti, densi, grigiastri, con superficie di aspetto fibrinoso. La mancanza di organizzazione nella massa, la presenza di corpuscoli sanguigni, coadiuvano la diagnosi della loro natura. Il centro della massa, inoltre, presenta in generale un coagulo di colore più scuro, relativamente inalterato, che era il nucleo primario della stessa [1].

Quanto alla grandezza ed alla forma dei coaguli sanguigni, espulsi dall'apertura vaginale, talvolta si notano alcune particolarità. Così, in un caso da me osservato — in persona della sorella di un medico — qualche volta era stato espulso, dopo molti sforzi e dolore, nei periodi mestruali, un grosso coagulo sanguigno della grandezza e forma della vagina. Si trovò che l'apertura dell' imene era piccolissima ed, essendo più abbondante del solito lo scolo di sangue, era avvenuta un'accumulazione e coagulazione dello stesso nella vagina.

[1] Veggasi la relazione di certi esempii da me pubblicati nelle *Trans. of Path. Society* vol. xv. p. 169.

Formazioni membranose. — Sotto questo nome si possono abbracciare *corpi più o meno somiglianti a « pelle »*. Le suddette sostanze simili a pelle possono avere la loro origine nella vagina o nell'utero.

1. *Sfaldamenti dalla vagina.* — In certe circostanze la mucosa vaginale si distacca in forma di sottili lembi translucidi, che talvolta vengono via in grande quantità. Essi si compongono di epitelio squamoso della vagina ed al microscopio presentano le ben note forme di questa varietà di epitelio. È necessario tenerli nell'acqua per rendere evidenti i caratteri di questi prodotti di desquamazione.

2. *Membrana dismenorroica* (« decidua mestruale » — Farre).— Questa è una desquamazione della mucosa uterina — una specie di pelle talvolta espulsa dall'utero, indipendentemente dal concepimento, dopo un periodo mestruale e che presenta un certo grado di somiglianza colla decidua che riveste l'utero durante la gravidanza. La membrana è la mucosa della cavità uterina, ipertrofizzata ed espulsa (veggasi il capitolo sulla « Mestruazione » pag. 14). Sotto l'influenza di certe condizioni, la cui natura attualmente non è ben conosciuta, ma che forse hanno l'effetto di provocare una specie di flogosi cronica della mucosa uterina, questa talvolta diviene molto più grossa del solito e venendo ordinariamente distaccata si mostra all'esterno. Ciò sembra che avvenga in questi casi di dismenorrea membranosa. Questa membrana internamente è levigata; scabra e leggermente fioccosa all'esterno. Quando è espulsa in un solo pezzo presenta tre aperture corrispondenti a quelle che comunicano colla cavità uterina ed ha una forma piramidale. Viene espulsa durante il flusso catameniale, che, per lo più, è maggiore del solito. Non somiglia alle desquamazioni vaginali sopra descritte, perchè è molto più grossa. La distinzione di questa membrana dismenorroica dalla decidua di un uovo precoce in certe circostanze potrebbe essere difficile, come abbiamo già detto, cioè, quando la supposta decidua non è accompagnata da qualche parte del corion. I fatti concomitanti coadiuvano la diagnosi; così la « membrana dismenorroica » non è espulsa in un solo periodo catameniale, ma in altre successive identiche occasioni, mentre, quando trattasi di aborto, non è facile che avvenga la stessa cosa, o, almeno, colla stessa accentuata periodicità (veggasi il capitolo sulla « Dismenorrea »).

3. *Involucro dell'uovo precoce.* — Possono venir fuori in forma di sostanze membranose porzioni della decidua materna, della decidua riflessa, del sacco del corion, ecc.

4. *Desquamazioni della vescica.* — La mucosa che riveste la vescica è stata espulsa in rari casi; in quelli riferiti da Spencer Wells e da altri, tutta la mucosa vescicale sembra che si sia distaccata e sia uscita dall'uretra.

CORPI VESCICOLARI. — *Mola idatidiforme o vescicolare.*—Dall'utero possono essere espulse sostanze somiglianti ad una piccola vescica, una o più disposte in serie come un rosario. Questi corpi una volta ritenevansi idatidi formatesi nell'utero. In realtà dipendono da certe alterazioni dei villi del corion e sono sempre una conseguenza del concepimento. L'embrione muore in un periodo precoce ed i villi del corion continuando a stare attaccati all' utero hanno un lento accrescimento, essendo arrestato lo *sviluppo*. I corpi vescicolari sono così la conseguenza di tumefazioni idropiche dei villi del corion. Sembra che il periodo di gravidanza durante il quale i villi del corion possono assumere questa speciale forma di sviluppo degenerativo sia limitato probabilmente a non oltre la metà o la fine del terzo mese. Se l'embrione muore dopo che i villi del corion si son ben messi in rapporto intimo colla decidua serotina, ma prima che si sia formata la placenta, mentre i villi ponno ancora mantenere un certo nesso coll'utero, possono continuare a crescere; ma lo *sviluppo* è arrestato e si formano i corpi simili ad una vescica; questa, almeno, è la mia spiegazione della formazione di questi corpi. Alcuni autori eminenti ritengono che trattisi di una malattia dei villi *ab initio*.



Fig. 145 [1].

Talvolta si accompagnano scoli acquosi colla presenza della mola vescicolare. Questa può raggiungere un considerevole volume e può restare parecchi mesi nell'utero; di quando in quando alcune vesciche si rompono e cola liquido dalla bocca uterina. La massa può completamente venir fuori o ad intervalli possono essere espulsi aggregati di vescicole.

Dalle vie generative, in casi molto rari, possono essere espulse *vere idatidi*. Esse hanno origine nell'addome, ove pervengono dal fegato e possono penetrare nell'utero o nella vagina. Le vere idatidi sono sacchi chiusi l'uno nell'altro; mentre i corpi vescicolari che risultano dalla trasformazione del corion sono disposti a rosario in una linea, con sottili peduncoli o parti unitive frapposte. I ben noti « uncini » ordinariamente trovansi quando le cisti sono in realtà

---

[1] Questa figura rappresenta, in dimensioni ingrandite, il primo periodo della degenerazione idatidiforme dell'uovo e fa vedere, con molta precisione, i rapporti dei corpi vescicolari, *b*, colla membrana del corion, *a*, e colla decidua serotina, *c*. (Per maggiori illustrazioni veggansi i miei lavori nelle *Obst. Trans.* vol. i e ii).

di origine idatidea. Io ho visto un caso in cui, essendo avvenuta la morte, nell'addome si trovarono parecchie cisti idatiche, ed anche nella pelvi ecc., ed ove si fosse prolungata la vita alcune di esse avrebbero potuto pervenire nella vagina o nell'utero. Nel caso suddetto trattavasi di una giovane donna non maritata. Ho anche visto un caso di vere idatidi dell'utero, in cui questo conteneva corpi di natura indubitatamente idatidea [1].

Corpi fittizii. — In ultimo, il medico deve stare in guardia di quei casi in cui, per varie ragioni, le donne presentano sostanze che vogliono far credere espulse dalla vagina. Un attento esame di queste sostanze basta, o dovrebbe bastare, sempre a farci scovrire la frode.

Cura generale

Se il sangue è impoverito l'inferma deve corroborarsi, bisogna migliorare lo stato generale con scrupolosi mezzi igienici, colla buona alimentazione, coll'aria pura, col moto, ecc. Qualunque causa predisponente, a scovrir la quale può essere necessario uno studio molto attento delle abitudini e della storia precedente dell'inferma, deve essere allontanata. Se, per esempio, l'ammalata vive in un sito di malaria deve cambiare residenza. Nei casi in cui vi ha grande torpore dell'organismo, con congestione dei visceri addominali, costipazione intestinale, e cattivo stato delle secrezioni in generale, è efficace un metodo di cura che si può dire derivativo, consistente nell'amministrazione di purganti attivi e simili rimedii che rendono attiva l'azione del fegato e degli organi chilopoietici in generale. Nei casi di grande debolezza è necessario il ferro. Una mistura contenente piccolissime dosi di solfato di magnesia con un poco di acido solforico allungato e sciroppo è utilissima durante i giorni del profuso flusso catameniale.

Nei casi principalmente dipendenti da debolezza generale, sorta per qualunque causa, bisogna dare al tempo stesso i tonici ed i purgativi. Si può consigliare perciò di prendere due volte la settimana una pillola di coloquintide e rabarbaro, con ferro e solfato di magnesia in piccole dosi, due o tre volte al giorno. Per promuovere l'attività cutanea, per assicurare una normale funzione dell'intestino e migliorare in ogni modo possibile la salute dell'inferma si può fare quasi tutto ciò che si fa nella cura generale dei casi ordinarii di mestruazione profusa non dipendenti da qualche disordine fisico dell'utero.

La cura generale è specialmente importante per le donne che sono state in climi tropicali, per esempio nelle Indie. L'utero e gli organi pelvici allora trovansi, generalmente, in uno stato di congestione

[1] *Obst. Trans.* vol. xii. p. 237.

cronica, vi è mestruazione profusa, leucorrea e non di raro flessioni. Queste ultime naturalmente, debbono curarsi in un modo speciale ma per lo stato generale delle inferme allora fa d'uopo manovrare con molto garbo. Il solo modo di curare con vantaggio questi casi è di sorvegliare attentamente come si compiono tutte le funzioni e sovratutto quella della mestruazione, della fecondazione, ecc., e di far cessare, con una cura opportuna, l'alterazione uterina che è causa dei sintomi osservati.

Quando la condizione dell'inferma consente e trattasi di un caso ostinato, si trarrà grande beneficio dalla dimora in una stazione di bagni, ove, per varie ragioni, le misure igieniche sono meglio attuate ed è più facile sottoporvisi che nel proprio domicilio. I rimedii ritenuti necessarii, aperienti, tonici, ecc., sono anche più efficaci quando si amministrano in forma d'acqua minerale. Nello scegliere la sorgente di acqua minerale bisogna tener presente lo stato speciale dell'ammalata e la causa della menorragia. (veggasi « Cura della congestione cronica dell'utero »).

L'uso esterno delle acque minerali in forma di bagni è benefico. È da raccomandare molto l'abluzione giornaliera colla spugna, strofinando dopo la pelle con una tovaglia ruvida per alcuni minuti. Il bagno turco si può fare nella cura di certi casi di menorragia in cui è insufficiente l'attività cutanea e non si può, per una o altra ragione, fare un conveniente moto. L'esperienza mi ha dato motivo a credere che i semicupii freddi ordinariamente non sono da raccomandare come un rimedio per la menorragia, mentre una volta io era inclinato a ritenerli utili. Se si fanno semicupii l'acqua deve essere calda o tepida.

Sempre che l'utero e gli organi pelvici sono congesti la doccia vaginale è di grande efficacia. I mezzi per applicarla si troveranno descritti nel capitolo sulla « Leucorrea ».

Importa moltissimo regolare la condotta dell'inferma nei periodi mestruali. Per due o più giorni precedenti all'aspettato periodo e durante il tempo in cui il flusso ha luogo, l'ammalata deve stare nel maggiore riposo possibile e principalmente sdraiata. Le vesti debbono essere leggiere, la camera fresca. Bisogna mantenere lubrico l'intestino ed evitare gli alimenti stimolanti, come gli eccessi del mangiare e del bevere. Si proibirà il coito. Adottando queste semplici precauzioni si diminuirà molto la quantità del flusso.

Il Dr. Chapman ha introdotto un metodo di cura che talvolta è stato utile in casi venuti sotto la mia osservazione, cioè l'applicazione del freddo alla spina con vesciche di ghiacchio. Il freddo agisce direttamente sul midollo spinale ed indirettamente sull'utero, facendolo probabilmente contrarre in totalità e così diminuendo il flusso emorragico.

In pochi casi la perdita del sangue è stata, o continua ad essere, così profusa che è necessario frenarla nel modo più sbrigativo; l'inferma ne ha perduto tanto che una perdita ulteriore può essere seguita da gravi inconvenienti. Per la cura di questa forma di mestruazione profusa i mezzi generali preventivi di cui finora abbiamo discorso si possono applicare ed il loro uso è importantissimo, ma bisogna fare qualche cosa di più. Nei casi avanzatissimi è necessario arrestare l'ulteriore flusso di sangue in un modo meccanico, per esempio, zaffando la vagina. Il miglior modo di far lo zaffamento sarà d'introdurre nella vagina attraverso uno specolo a becco d'anitra filaccia bagnata in un infuso di matico, nella tintura di sesquicloruro di ferro, o, ciò che è meglio, in una soluzione saturra di percloruro di ferro e glicerina e poi nove piedi di fascia bagnata. Questa forma di zaffamento è comoda poichè permette di togliere facilmente tutto o parte del materiale introdotto. La fascia sarà previamente inumidita bagnandola nell'acqua fredda e poi spremendola. Il Dr. Henry Bennet raccomanda molto di zaffare il collo dell'utero per frenare l'emorragia quando è molto profusa. L'inferma deve restare in posizione sdraiata; sulla regione pelvica si applicheranno panni bagnati nell'acqua fredda rinnovandoli di quando in quando; ovvero si può sbattere sull'addome una salvietta bagnata in acqua fredda in modo da produrre una brusca impressione. Le iniezioni di acqua fredda o ghiacciata nel retto sono anche ottime per arrestare la perdita del sangue nei casi allarmanti di questo genere. Lo scopo è di produrre la contrazione dell'utero, giacchè questo organo è rilasciato, congesto, ed in uno stato che rassomiglia molto a quello che si osserva dopo il parto.

I rimedii da usare internamente sono, in primo luogo quelli che agiscono facendo contrarre l'utero; in secondo luogo quelli che hanno la virtù di far arrestare l'emorragia, i cosiddetti stittici, la segala cornuta e l'ipecacuana sono stati utili nei casi di emorragia consecutiva al parto; si possono adoperare anche nelle forme più gravi di mestruazione profusa. Io ho ottenuto ottimi effetti dall'ergotina, quando tutti gli altri rimedii erano stati inutili. Un decotto di questa, polverata di recente, si deve prendere tre volte al giorno. Spesso dànno buoni risultati gli stittici; fra questi il matico congiunto alla tintura di ferro, o questa ultima soltanto in larga dose (30 a 40 gocce), sono molto raccomandati. Il matico è stato efficacissimo in alcuni pochi casi in cui l'ho usato. L'acido gallico e l'acetato di piombo si possono anche usare. L'oppio è un rimedio che è stato portato a cielo nei casi di mestruazione profusa, come anche nelle emorragie in generale, ma non sembra opportuno nei casi cronici. Si è chiamata l'attenzione sulla digitale amministrata internamente per la sua speciale efficacia nella cura della mestrua-

zione profusa, ma i risultati ottenuti quando io la ho dato non furono affatto incoraggianti. Nella menorragia passiva Beau raccomanda la ruta e la sabina a dosi piuttosto inferiori a sei centigrammi per volta.

Nei casi gravi di emorragia profusa, mentre si prendono misure per arrestare la perdita del sangue ed impedire un'ulteriore emorragia è necessario sostenere l'inferma dando stimolanti e cibi sostanziosi internamente. Nei varii casi si seguirà una condotta adattata all'urgenza dei sintomi. Il brandy ed il brodo concentrato o zuppe sostanziose si daranno frequentemente, ma in piccole quantità ogni volta.

È possibile che vi sia un caso — ed infatti se ne ricordano — in cui può essere necessaria la trasfusione, ed in cui la vita dell'inferma può essere prolungata, se non salvata, ricorrendo a tempo debito a questo mezzo.

Non molto spesso incontra che un'inferma perisca per emorragia dipendente da semplice mestruazione profusa, ma vi sono molti casi nei quali la vita, se non è troncata di botto, è realmente abbreviata dalla prolungata debolezza e dalla consecutiva prostrazione [1].

---

[1] Riassumo qui le principali norme di terapia generale tenendo presente il quadro sinottico delle cause generali dato nella mia nota a pag. 418.

La cura generale, dunque, dovrà conformarsi alla causa che si suppone abbia dato origine alla emorragia e sarà o palliativa o radicale. Non sempre è bene arrestare di botto il flusso sanguigno, tranne il caso in cui le conseguenze sull'organismo sarebbero tali da autorizzare a qualunque misura per impedire la perdita del sangue. In alcune donne con malattia di cuore la menorragia sembra che mitighi anzi che aggravare i sintomi cardiaci e perciò non bisogna combatterla molto presto. Nelle ammalate di cuore fanno diminuire la menorragia la digitale e l'aconito, perchè deprimono l'azione di quello e fanno abbassare la frequenza del polso. La digitale si può amministrare in forma di tintura (10 gocce) o d'infuso (1[2-3 grammi), o di globuli di digitalina, tre volte al giorno, vigilando però la sua azione. Alla digitale si possono unire altri rimedii, salini ecc., che ponno essere indicati nei varii casi speciali.

La tintura di aconito si può dare alla dose di 2-5 gocce, ogni quattro o sei ore fino a che il polso diviene meno frequente. Si è raccomandata anche l'atropina per iniezioni ipodermiche (solfato di atropina $0^{gr.}$,10; acqua distillata grammi 10: di questa soluzione si può iniettare un decimo di siringa per volta), non che la veratrina e la belladonna.

Quando la causa della menorragia sono disturbi epatici 20-30 centigrammi di calomelano e dopo un energico aperiente salino come il solfato di magnesia (grammi 40-60 con 15-20 gocce di acido solforico allungato) o una polvere di Seidlitz, o un gran bicchiere di qualche acqua aperiente naturale come Friedrichshall, Hunyadi Janos, Püllna, Muraglione (Castellamare), ecc. potranno essere utili. Si regolerà la dieta, evitando per qualche tempo i cibi troppo succulenti ed i liquori fermentati, e si provocherà l'attività cutanea.

Se vi ha albuminuria o altra alterazione renale si stimolerà l'azione vicaria della pelle e della mucosa intestinale dando i diaforetici ed i purgativi, aggiungendovi il ferro, l'ergotina o la noce vomica, l'acido gallico, ecc.

Se si sospetta un'infezione malarica bisogna ricorrere alla chinina ed all'arsenico o ad altri rimedii simili.

Quando la causa dell'emorragia è un'irritazione ovarica si può trarre molto beneficio dalle larghe dosi di bromuro di potassio, dalla canfora, dalla cannabis indica, dal conio, dall'iosciamina, dalla belladonna e da altri simili rimedii. Ecco come si esprime il Dr. Meadows a proposito della emorragia uterina cagionata da disturbi ovarici. « La menorragia, il cui grado può esser tale da costituire una vera emorragia, può dipendere semplicemente da attività ovarica ed essere la conseguenza diretta di una morbosa ed esagerata azione delle ovaie. In generale è un sintoma costante in questi casi il dolore più o meno acuto, nell'una o nell'altra regione ovarica, più spesso nella sinistra. Questo dolore ovarico si diffonde in alto lungo il plesso spermatico fino alla regione renale e più in là di questa, sotto le costole del lato corrispondente alla mammella, che frequentemente diviene molto dolorosa ed anche sensibile al tatto. In questi casi trovasi l'utero perfettamente sano. Facendo una profonda ed energica pressione sulla regione inguinale

CURA LOCALE.

La cura è palliativa o radicale secondo i casi. Può esservi o mancare una guarigione assoluta. Quando il caso è incurabile , si può spesso far molto per diminuire la perdita del sangue nei periodi mestruali regolando l' inferma circa la condotta da tenere nei detti periodi. Così, quando trattasi di cancro, di fibromi, di flessione, ecc. in cui può non essere opportuno , per varii motivi , il ricorrere a misure più radicali, saranno molto efficaci a diminuire la quantità della perdita sanguigna il riposo, la posizione orizzontale, la semplice dieta , applicati sistematicamente all' avvicinarsi di ciascun periodo mestruale e durante lo stesso. In questi casi altresì troviamo talvolta necessario applicare mezzi per arrestare immediatamente lo scolo sanguigno e che noi abbiamo già indicato. Lo scolo di sangue, in tali circostanze, può esser tanto da costituire un' emorragia e deve essere curato come emorragia ; ma, qualunque sia la sua causa, la quantità della perdita può esser sempre molto diminuita coi mezzi palliativi e preventivi di cui abbiamo già discorso.

Quanto alla cura *radicale* di questi casi di anormale flusso sanguigno dall'utero, e che stanno in rapporto con malattie organiche o di altro genere, o in quei numerosi casi in cui l'emorragia dipende da flessione, ecc. dobbiamo farci guidare dalle circostanze che presenta ciascun'inferma. La conveniente cura radicale delle varie condizioni patologiche dell' utero , ecc. è altrove esposta nei relativi capitoli. Ora faremo alcune osservazioni generali riguardante la cura di questi casi sotto l'aspetto dell'emorragia.

La perdita del sangue, prodotta dalla presenza di una malattia organica, o di altra natura, dell'utero, spesso è tale da richiedere l'assoluto allontanamento della causa del flusso per salvare la vita dell' inferma. Ciò è più specialmente indispensabile quando vi è il

---

ed internamente dalla vagina col dito, si trova l'ovaia tumefatta, molto sensibile al tatto e spesso prolassata ed il dolore aumenta sotto la pressione. Due grammi di bromuro di potassio , tre volte al giorno, unito in qualche caso al ioduro potassico o al ioduro di ferro, è il migliore mezzo per combattere questa speciale forma di menorragia. Il dolore e l'eccitamento vascolare si calmeranno introducendo ogni sera nella vagina un pessario contenente sei centigrammi di conina e mezzo centigrammo di atropina ».

Ove la causa sia una discrasia si farà la cura relativa alla specie di questa.

Contro l'emofilia si userà il ferro a grandi dosi, l'ergotina e l'olio di trementina.

Contro la clorosi si useranno il ferro. il fosforo, la stricnina ecc.

Se una lattazione esagerata provoca la menorragia , bisogna farla più moderatameute e prendere i tonici.

Quando , verso l'età critica, avviene la cosiddetta menorragia terminale, nel periodo dell' involuzione sessuale, può essere pericoloso l'arrestarla di botto, massime se trattasi di donna pletorica, e che ordinariamente perdeva molto sangue nei suoi periodi mensili. giacchè potrebbe seguire un'apoplessia. Allora saranno utili il calomelano ed i purgativi salini. Generalmente producono buoni effetti gli acidi minerali colla china, o la chinina o l'arsenico. In certi casi giovano la genziana e gli alcalini. o i salini. come il carbonato o il tartrato di soda, il cloruro di ammonio, il bromuro di potassio ecc.

SCAMBELLURI.

polipo dell'utero. Un piccolo polipo mucoso che parte immediatamente dall' interno della bocca uterina ha dato talvolta origine a grave emorragia ; un tumore peduncolato di questo genere può produrre più abbondante emorragia di quella cui dà origine un polipo di considerevole volume ; da ciò la necessità di operazioni per far diminuire l'emorragia, variamente urgenti nei diversi casi. L'emorragia generalmente non è la sola cosa che ci fa decidere all' operazione o ad altre misure.

Talvolta la nostra decisione riguardo alla condotta terapeutica può essere modificata dalla seguente considerazione. L'inferma si avvicina a grandi passi alla fine della sua vita mestruale e si può sperare che l' emorragia, e la profusa mestruazione , finiranno dopo breve tempo. Questa considerazione si può presentare alla nostra mente quando vi sono fibromi della parete uterina , che sporgono , forse, nella cavità dell' utero, e dànno origine ai sintomi di cui ora discorriamo. In molti casi simili i sintomi che durante la vita mestruale sono molto gravi, si sviluppano meno e l'inferma, la quale conserva la sua malattia, vede per la maggior parte sparire i suoi incomodi col giungere dell'ultima mestruazione.

Le gravi emorragie prodotte da fibromi non di raro sembra che in gran parte dipendano dall'ostacolo all'uscita del sangue dall'utero. Da ciò l'utilità, in certi casi, d'incidere largamente il collo uterino.

Quando vi è motivo a credere che l'aborto è avvenuto da poco o può essere avvenuto, la prima cosa da fare è di determinare se qualche porzione dell'uovo o delle sue membrane resta nell'utero e se vi si trova qualche cosa portarla fuori. L'esperienza ha mostrato che la ritenzione nell'utero di una piccola porzione di membrana è sufficiente a dare origine ad una notevole e continua perdita di sangue. Quando la bocca dell'utero è così stretta che il dito non vi si può introdurre bisogna lentamente e dolcemente dilatarla. Il migliore metodo di dilatazione dell'utero per questo ed altri scopi sarà descritto minutamente nel capitolo sulla « Dismenorrea » La esposizione della cura conveniente a tali casi, però spetta più direttamente all'ostetricia. Qui basta far notare la necessità di vuotare completamente l'utero per far finire l'emorragia dipendente da questa causa.

[Quando, dopo un aborto, sospettasi che sia rimasto nell'utero qualche prodotto del concepimento, se il canale cervicale non è abbastanza largo, bisogna dilatarlo, come ben dice l'Autore, affinchè possa essere espulsa la parte ritenuta e, se è necessario, col dito, con una pinzetta o colla sonda si svincolerà questa parte dai punti ove è attaccata, o si inietteranno, colle debite precauzioni, liquidi antisettici, che lavando portano via i residui. In alcuni casi, per evitare ulteriori emorragie, basta lavare la cavità uterina con soluzioni di percloruro di ferro, col quale mezzo si stimola anche l'utero ad espellere i prodotti ritenuti. Questo ultimo effetto si raggiunge meglio dando anche l'ergotina per via interna.

Talvolta, dopo il parto, ha luogo un'emorragia continua, quantunque l'utero sia ben contratto; allora, esaminando bene le parti, si trova generalmente qualche lacerazione del collo dell'utero. In questo caso si applichi un grosso specolo di Fergusson e se si scovrono vasi dai quali si perde sangue si cerchi di afferrarli con una pinzetta da torsione e si torcano finchè cessa l'emorragia. Se con questo mezzo non si ottiene l' emostasia, s'introduca nel punto lacerato un piumacciuolo di bambagia, bagnato nel percloruro di ferro, e vi si mantenga. In fine si può anche ricorrere al cauterio attuale. Talfiata, pria di ricorrere a qualunque altro mezzo emostatico, è bene introdurre e mantenere nel canale cervicale un pezzetto di ghiaccio, perchè può arrestare esso solo l'emorragia.

Ove la perdita del sangue sia prodotta da lesioni fatte durante un'operazione, ad arrestarla varranno gli stessi mezzi sopra indicati.

Se, dopo l'applicazione di mignatte alla bocca dell'utero, lo scolo del sangue non cessa, neppure applicando il ghiaccio sui punti morsi, si applicherà uno specolo e si toccheranno le punture col nitrato di argento, col percloruro di ferro o coll'estremità di un ferro da calzette arroventata a rosso].

In questi ultimi anni la pratica di applicare forti caustici nell'interno dell'utero è stata adottata piuttosto generalmente. A principio le applicazioni limitavansi alla tintura di iodo, ma si è anche usato



Fig. 146 [1].

frequentemente allo stesso scopo l'acido nitrico puro. Si è raccomandato, come ho già detto, di raschiare l'interno dell'utero con uno strumento conveniente — un cucchiaio — collo scopo, secondo l'uno e l'altro metodo di bruciare la superficie della mucosa uterina o di portarla via. Questi metodi di cura a me sono sembrati sempre non necessarii ed è stato dimostrato dalle relazioni dei fatti che si sono pubblicati che l'occlusione della bocca dell'utero e la distruzione delle normali funzioni uterine in certi casi sono state le conseguenze di questi metodi.

Quanto ai cattivi effetti del metodo del raschiamento il Dr. Emmet, dice che egli ha osservato peritoniti, celluliti, ascessi pelvici ed anche morte a causa dell'allontanamento di tumori dall'interno dell'utero col mezzo del cucchiaio ed approva l'uso del cucchiaio del Dr. Thomas di fil di rame a margini rotondi che comprime la mucosa senza asportarla.

Quanto ai cattivi effetti della cauterizzazione il Dr. Wiglesworth [2]

[1] La fig. 146 rappresenta il cucchiaio del Dr. Thomas.
[2] *Obst. Journ.* vol. lxx. p. 622.

pubblicò un caso in cui l'occlusione della bocca e la cessazione dei catameni avvennero come conseguenze dell'applicazione dell'acido nitrico fumante a tutto l'interno dell'utero ed egli chiama l'attenzione, con insistenza, sulla sterilità indispensabilmente così prodotta. In un altro lavoro ricorda due altri casi nei quali avvenne la stessa cosa. Il Dr. Playfair [1] ritiene che il caso del Dr. Wiglesworth ci ammaestri ad esser cauti nell'usare l'acido nitrico. Egli preferisce l'acido carbolico in una forma tollerabilmente concentrata. Il Dr. Edis, scrivendo sullo stesso argomento, afferma che in due casi ha osservato risultati presso a poco identici a quelli sopra riferiti.

A conferma delle opinioni sopra esposte intorno alla vera spiegazione di questi casi possiamo citare un lavoro del Dr. G. H. Lyman [2]. Egli raccomanda la dilatazione del collo dell'utero per ottenere la guarigione dell'emorragia uterina. In quattro casi la dilatazione fu eseguita a scopo diagnostico e fu così notevole la diminuzione dell'emorragia che gli venne in mente di ricorrere alla dilatazione come mezzo per arrestarla. Il Dr. Lyman ritiene che agisca mitigando il restringimento della bocca interna e così modera la congestione dei tessuti soprastanti a questo punto.

Quanto all'opinione del Dr. Thomas su questa quistione veggasi il capitolo sulla « Leucorrea ».

Le cosiddette fungosità che si suppongono allontanate coi metodi sopra esposti sembra che non siano altro se non la semplice mucosa anormalmente vascolare. È condotta più razionale il cercar di diminuire questa vascolarità che il distruggere la mucosa. Circa l'efficacia di questa cura coi caustici non sembra che i risultati siano molto incoraggianti, giacchè l'operazione richiede, secondo il Dr. Thomas (veggasi l'ultima edizione della sua opera) di essere frequentemente ripetuta prima che si ottenga la guarigione.

Quando le applicazioni caustiche si fanno nell' interno dell' utero è necessario, in primo luogo, di dilatare il canale cervicale. Se si usa l'acido nitrico concentrato, fa bisogno uno specolo cervicale di vulcanite, ideato dal Dr. Atthill, attraverso il quale si porta lo strumento che contiene l' acido. Si è visto che è cosa pericolosa iniettare liquidi caustici nell'utero senza dilatare prima largamente il canale cervicale; perciò, ove si abbiano da usare la tintura di iodo o altri simili liquidi, è indispensabile dilatare anticipatamente il canale cervicale.

La conclusione generale che bisogna trarre dai fatti che abbiamo

---

[1] *Ibid.*, vol. lxi. p. 694.

[2] «Transactions of American Gynaecological Association,» nell'*Amer. Journ. of. Obst.* vol. x. p. 526.

raccolto su questo argomento è che la medicatura intrauterina per far cessare l'emorragia è buona in quanto implica un'apertura o vera dilatazione e un raddrizzamento del canale uterino. Essa ha certamente un effetto, benchè non sembra che sia stato notato da coloro che l'hanno eseguita (eccezione fatta del Dr. Lyman), cioè che procura un libero scolo alla cavità uterina. Io ho sempre ritenuta importantissima questa ultima indicazione e la conclusione pratica è che la dilatazione o il raddrizzamento di questo canale sarà la sola cosa necessaria nella maggior parte dei casi.

Bisogna aggiungere un'ultima parola circa l'opportunità di asportare le ovaie coll'operazione oggi conosciuta sotto il nome di operazione di Battey per guarire la emorragia. Talvolta si presentano casi nei quali la tendenza all'emorragia è tale per la presenza di fibromi nell'utero, e forse anche in alcuni altri casi, che questa operazione sembra giustificata. (Veggansi altre osservazioni relative a questo argomento nel capitolo sull' « Ovariotomia »).

CAPITOLO XXXIV.

DISMENORREA.

Spiegazione della parola — PATOLOGIA — È essenzialmente un sintoma il quale indica ostacolo all'uscita del liquido mestruale — Sede dell'ostacolo, principalmente nella bocca interna dell'utero — *Modus operandi* dell'ostruzione nel suddetto sito — Gravezza ed intensità del dolore — Nausea e vomito che accompagnano la dismenorrea — Cause dell'ostruzione in varie parti del canale uterino — Dismenorrea intermestruale — Dismenorrea membranosa.

Dolore durante la mestruazione dipendente da cause diverse dall'ostacolo all'uscita del liquido mestruale — Ovulazione irregolare — Diatesi reomatica — Nevralgia.

CURA. — Osservazioni generali — Rettificazione della forma dell'utero — Dilatazione — Incisione del canale — Paragone di questi metodi — Loro applicabilità ai varii casi indicati — Cura colla posizione — Cura palliativa — Cura meccanica interna — Cura dell'imperforazione della bocca dell'utero — Cura della dismenorrea membranosa.

La parola « dismenorrea » [1] è stata usata da lungo tempo ad indicare la presenza di dolore o difficoltà, o di entrambi, nel compiersi la mestruazione.

È difficilissimo che due inferme soffrano similmente durante la mestruazione ed osserviamo una regolare gradazione fra i casi in cui vi è leggerissima sofferenza ed altri in cui le sofferenze sono tali da rendersi quasi insopportabili. Il dolore varia altresì per sito, ma per lo più si riferisce all'utero, e quando vi è massimo dolore generalmente esso è nella stessa regione ove sta questo organo. In altre parti del corpo si possono sentire dolori di vario grado ed intensità, ma essi, per così dire, sono appendici di un'altro — del dolore essenziale — che si sente nella regione pelvica o vicino a questa.

Quale è il rapporto del dolore col flusso del liquido mestruale? Essendo questo il cardine della questione, dobbiamo subito occuparcene.

---

[1] Si compone delle tre parole greche δύς, difficile ; μήν, mese ; ῥέω, scorrere.
SCAMBELLURI.

Nella pratica troviamo parecchie varietà rispetto al modo con cui il dolore ed il flusso mestruale si concatenano. In alcuni casi si troverà che il liquido mestruale esce dall'utero e l'inferma ha pochi, non altro che pochi, incomodi durante tutto il periodo mestruale, mentre in altri casi, al contrario, la manifestazione dei catameni è ritardata per un certo tempo e frattanto l'inferma soffre più o meno gravemente per il dolore; mostrasi il flusso ed il dolore cessa totalmente o quasi totalmente. Altre volte il dolore è intermittente più o meno durante tutto il periodo dell'emissione sanguigna.

Patologia.

Io ho la credenza che la dismenorrea sia da ritenere come un sintoma il quale, quasi sempre, indica esservi un impedimento all'uscita del liquido mestruale dall'utero, e questa opinione, che pubblicai nella prima edizione di questo libro (1863) è stata adottata da molti altri scrittori, quantunque di recente si sia tentato di fare risorgere, modificate, le antiche credenze su questo argomento. Prima che si fossero conosciute le flessioni dell'utero, i soli casi di dismenorrea in cui la causa era l' « ostruzione » erano quelli nei quali trovavasi la bocca esterna dell' utero piccola e ristretta. Ma ora si può dimostrare che questi casi sono molto più numerosi e che ne abbracciano moltissimi altri nei quali la bocca *interna* dell' utero è la sede dell' impedimento all' uscita del liquido mestruale.

Il dolore durante il periodo dei catameni non è esclusivamente dipendente dall' ostacolo all' uscita del sangue mestruale, giacchè, come ora diremo, vi sono casi in cui la sua causa è da cercare altrove. Ma la teoria dell' « ostruzione » si applica largamente e generalmente alla maggior parte dei casi, e quelli che ne sfuggono sono eccezioni.

Vi è stata una notevole disputa circa la *sede dell'ostruzione* nei casi di dismenorrea. Da una parte la bocca *esterna* dell' utero è ancora ritenuta da alcuni autori (per esempio dal Dr. Barnes) come sede quasi esclusiva dell' ostruzione quando vi è; da un'altra parte la bocca *interna* è tenuta da altri e numerosi scrittori come il punto in cui essa ha luogo [1].

Sembra che sia difficile mettere di accordo opinioni tanto diverse e sostenute da uomini del pari eminenti. La questione, senza dubbio, ha la massima importanza pratica. La circostanza che in molti casi di dismenorrea la bocca interna si lascia attraversare da

[1] Molti dei varii argomenti e giudizii addotti da coloro che hanno pubblicamente discusso questo argomento trovansi nei vol. VII ed VIII delle *Obstetrical Transactions*, nei rapporti delle discussioni relative fatte nelle riunioni dell' *Obstetrical Society* di Londra, Veggasi anche un lavoro nelle *Obstetrical Transactions* del Dr Barnes (vol. XIV p. 108). sull' « *Essential Cause of Dysmenorrhœa* ».

una sonda di un certo volume è stata citata da alcuni eminenti pratici (Dr. Bennet, Dr. Tilt ed altri) come argomento che nel punto suddetto non vi ha restringimento. Ma questo può, nondimeno, esservi virtualmente nella bocca interna, a causa di flessione del canale, flessione che agisce come ostacolo alla mestruazione ma non impedisce, almeno assolutamente, il passaggio della sonda. Quando l'utero, come spesso avviene in tali circostanze, è straordinariamente molle, la sonda può correggere la flessione nel momento in cui l'attraversa. In ciò consiste almeno una delle cause dei dispareri. Il menomo incurvamento dell'utero nella bocca interna sarà così causa di ostacolo. Io convengo col Dr. Marion Sims, col Dr. Savage, col Dr. Greenhalgh e con altri i quali ritengono la bocca interna come il punto di ostacolo di gran lunga più comune. Secondo la mia esperienza la causa di questo ostacolo nella bocca interna è quasi sempre una flessione dell'utero. Altre cause possono dare origine al restringimento ma il numero medio di tali casi è piccolo. Bisogna ricordare che non sempre è la stessa la curva descritta dall' utero nei casi di flessione. Questa può stare *inferiormente* alla bocca interna, nella parte media del collo; allora, l'ostruzione, naturalmente, non occupa proprio la bocca interna ma un punto inferiore a questa. Questi ultimi casi per la maggior parte sono quelli descritti col nome di collo « conico » e non di raro si accompagnano a dismenorrea. Non credo, però, che s'incontrino tanto spesso quanto crede il Dr. Barnes.

La parte essenziale della mestruazione, per quanto riguarda l'utero, sembra che sia un accrescimento, un inspessamento ed un aumento di vascolarità della mucosa che riveste il corpo dell'utero, essendo congesto anche lo stesso tessuto uterino ed essendo pieni ed ingorgati di sangue i plessi venosi situati intorno a questo organo. Il sangue mestruale si versa dalla mucosa del corpo dell'utero. Nel punto in cui la cavità del corpo uterino ed il canale cervicale si riuniscono, il canale è stretto, tanto che nelle donne le quali non hanno avuto figli ordinariamente lascia passare con facilità soltanto uno strumento che ha il diametro di un ottavo ad un quarto di pollice. Da ciò move, in un numero di casi per nulla insignificante, che la bocca interna, come è chiamata, è tanto stretta che vi ha d'uopo di ben poco altro per chiudersi del tutto, o ad ogni modo per restringersi così che l'uscita di liquidi dalla cavità uterina sia resa difficile. Oltre a ciò durante il periodo mestruale debbono uscir fuori della cavità del corpo dell'utero minuti brani di mucosa distaccatisi. La bocca interna è la parte centrale e più piccola del canale uterino. Essa è circondata dai tessuti resistenti, solidi, fibromuscolari dell'utero, giacchè in questo punto, come abbiamo già detto, le pareti uterine sono più sottili che altrove. Nell'ordinario anda-

mento delle cose i prodotti mestruali passano attraverso questa ristretta apertura con lentezza, ma in modo continuo, essendo l'ampiezza del passaggio sufficiente a mantenere lo scolo della cavità uterina e dare uscita al liquido non appena si versa dalla mucosa del corpo dell'utero.

L'ampiezza dell'apertura di un tubo è maggiore quando questo è di forma circolare. Se si schiaccia il suo calibro subito diminuisce; se lo schiacciamento si esagera il tubo cessa di essere beante. Così avviene che la bocca interna dell'utero — che è la parte più ristretta del canale — corrisponde alla parte media dell'utero, punto in cui, nei casi di flessione con distorsione, più comunemente s'incontra l'incurvamento. I rapporti fisici delle parti sono tali che è inevitabile un certo schiacciamento del canale quando l'utero è curvato in questo sito. Lo schiacciamento avviene d'avanti in dietro. È di vario grado, secondo quello della flessione ed altre circostanze e si può dimostrare, dietro le sole considerazioni anatomiche, che lo schiacciamento e la consecutiva insufficienza dell'apertura del canale debbono inevitabilmente avvenire quando l'utero è decisamente flesso e così distorto. Ciò è così evidentemente vero che sembra quasi inutile insistervi. Nelle figure 52 e 73, che rappresentano rispettivamente la retroflessione e l'antiflessione, si scorge in modo evidente come è schiacciato il canale uterino.

Ma andiamo un passo più avanti. È probabile che durante la mestruazione la bocca interna dell'utero possa fino ad un certo punto dilatarsi in modo da permettere una più facile uscita dei prodotti mestruali. Alcuni credono che la bocca interna dell'utero abbia un'azione simile a quella di uno sfintere che si dilata e si restringe secondo le circostanze. Sembra probabile che in uno stato di perfetta salute non sia necessaria questa dilatazione per permettere l'uscita dei prodotti mestruali, ma è certissimo che questa dilatazione è necessaria se le *reliquie* mestruali sono straordinariamente solide o voluminose ed è perfettamente possibile che la bocca interna si dilati fino ad un certo punto, anche nei casi meno anormali. Ma io richiamerei l'attenzione sul fatto che, se l'utero è decisamente flesso, questa dilatazione della bocca interna deve essere molto difficile. I tessuti che stanno intorno ad essa sono per necessità compressi e resi più duri e più resistenti per la semplice presenza dell'incurvamento. La flessione, produce non pure uno schiacciamento del canale, ma una condensazione dei tessuti uterini nelle vicinanze, di tal grado, che immediatamente ed energicamente si oppone a qualsiasi allargamento e dilatazione del canale.

Nelle circostanze ordinarie il lume di questo è dipendente dal mantenimento della forma fisiologica dell'utero e così il canale conserva la sua figura cilindrica.

Il restringimento della bocca interna dell'utero spesso si è rite-

nuto presente quando il canale era semplicemente molto curvato in questo punto. La condensazione e l'indurimento che non di raro esistono intorno alla porzione ristretta spesso, senza dubbio, sono considerevoli nei casi antichi e non di raro vi ha un vero restringimento. Ma a principio non è così, giacchè il canale permette il passaggio della sonda purchè se ne diriga bene la punta secondo l'incurvamento dell'utero che si ha innanzi. Non tutti i casi di dismenorrea dipendono da flessione, ma la maggior parte di essi sono compresi in questa categoria: un'accentuata dismenorrea, tranne in pochi casi eccezionali, si troverà associata ad indiscutibile flessione dell'utero.

In un lavoro molto importante il Dr. Herman [1] nota le osservazioni relative a 111 inferme, che erano « in cura per disturbi locali contagiosi », allo scopo di stabilire se la mestruazione dolorosa è più comune nelle donne le quali hanno flessioni acute dell'utero che in altre e trovò che su

43 casi in cui l'utero era dritto	12	avevano molto o molesto dolore	29 %
14 casi di leggiera antiflessione	5	» »	
30 casi di flessione ad angolo retto	9	» »	30 %
23 casi di flessione ad angolo acuto	7	» »	

i quali dimostrano, come osserva il Dr. Herman che il grado d'incurvamento ha poca influenza sulla gravezza del dolore.

Sorgono naturalmente le obbiezioni alla validità di queste conclusioni. Per me è un' obbiezione principale che non si fa nessuna distinzione fra la mollezza e la durezza dell'utero nei suddetti casi. Ciò sposta sostanzialmente la quistione. Se l'utero fosse molto molle una flessione acuta non potrebbe assolutamente produrre dolore durante la mestruazione, giacchè la congestione uterina, allora presente, può raddrizzarlo. Io ho visto casi in cui ciò è avvenuto. Potrebbe esservi la flessione durante la mestruazione e non in altre epoche e così sfuggirebbe all'osservazione. Oltre a ciò, il grado di durezza presente è importante, tanto più che un utero acutamente flesso, che si è fatto duro, sarebbe più probabilmente soggetto a grave dismenorrea. Uno dei ptù importanti argomenti da opporre alla validità delle conclusioni che il Dr. Herman ha tratto dai suoi casi è che, avendo in special modo rivolto l'attenzione ai casi clinici quanto all'effetto della cura delle flessioni uterine nella dismenorrea, tanto spesso concomitanti, non ricordo neppure un caso nel quale la dismenorrea non diminuì notevolmente, se non cessò del tutto, coi mezzi diretti a raddrizzare il canale uterino. Nei casi di antiflessione che produce dismenorrea ho usato il pessario a sella con indubbio vantaggio per molti degli anni scorsi.

---

[1] *Obst. Trans.* vol. xxiii. p. 217.

Qui possiamo ricordare anche un lavoro del Dr. Godson [1] « *On Spasmodic Dysmenorrhea associated with Sterility* » nel quale propone di smettere la parola ostruente giacchè egli non conosce nessuna prova la quale dimostri che il canale uterino non sia beante. Ma il Dr. Godson cura, nondimeno, i suoi casi colle candelette dilatanti, la qual cosa indicherebbe che qualche cosa di simile all'ostruzione debba essere in qualche parte del canale sottoposto alla dilatazione. Questa, così intesa, è sinonima di raddrizzamento ed è in fatti un mezzo molto efficace di raddrizzamento del canale uterino. L'azione spasmodica delle fibre che circondano la bocca interna potrebbe cagionare dolore, ma potrebbe eziandio creare un ostacolo all'uscita del liquido mestruale e perciò dare origine a spasmo di *tutto* il fondo. Supponendo dunque che partiamo dall'ipotesi che lo spasmo cervicale sia la causa della dismenorrea, siamo portati alla teoria della « ritenzione ». Si è asserito che la sonda si possa facilmente introdurre nell'utero durante il flusso mestruale, e mentre l'inferma soffre, ma ciò non dimostra affatto mancanza di ostacolo all'uscita del liquido o delle *reliquie* mestruali, poichè l'utero può essere tanto flesso da aversi un'ostruzione, mentre la sonda può penetrare, *raddrizzando il canale durante il suo passaggio.*

Perchè, si può domandare, vediamo che molti casi di dismenorrea migliorano semplicemente stando in posizione sdraiata durante il periodo mestruale? Unicamente perchè la flessione esistente è così alquanto diminuita, il canale è un poco raddrizzato e l'uscita del contenuto uterino è in tal modo resa più facile. Il dolore che accompagna la mestruazione difficile dipende dalla *presenza di un impedimento all'uscita del liquido.* Il dolore sembra che in parte sia cagionato dalla distensione della cavità uterina, che produce compressione e tensione e dalla congestione del corpo dell'utero, ma principalmente dalla reale contrazione muscolare dell'utero ; infatti, è un « dolore » simile a quelli che si provano nel parto benchè in minori proporzioni. Il corpo dell'utero si contrae ed in ultimo generalmente riesce ad espellere il suo contenuto. In tal modo la bocca interna si dilata, per permettere il passaggio del liquido o delle *reliquie* di membrane o di coaguli. Nei casi di flessione, quando la malattia non è di molto lunga durata, la contrazione dell'utero sembra che produca un raddrizzamento di questo e quando ciò avviene il canale fino ad un certo punto è aperto ed il contenuto dell'organo viene fuori. Ma nei casi gravi o di lunga durata lo stato delle cose è tale che l'utero non si può raddrizzare per azione propria e perciò vediamo che il processo di vuotamento dell'utero è lentissimo , i dolori ritornano di quando in quando con poca calma ed il periodo mestruale è prolun-

[1] *Obst. Trans.* vol. XXIII.

gato e doloroso. Nei casi di questo ultimo genere un fenomeno frequente è la brusca cessazione dei catameni per un certo tempo — per poche ore o più lungo tempo — e dopo ritornano il dolore e l'emissione mestruale. Un altro fenomeno, riferibile alla stessa causa, è un certo ritardo dell'apparizione del flusso. Il liquido osservato a principio è molto scarso o può mancare totalmente per il primo o per i due primi giorni, durante il quale tempo, però, i dolori sono più o meno frequenti; anche un prolungamento del periodo con alterazione del colore del liquido da rosso in bruno, e più tardi della sua natura perchè si fa più fluido, dimostrano che i prodotti ritenuti nell'utero sono misti a liquido di natura non sanguigna.

In un abilissimo articolo « *On the Polar Divergence of the original Natural Forces in the Womb at the time of Pregnancy, and their Mutual Exchange at the time of Pregnancy and Labour* » il Dr. Champneys [1] recentemente ha richiamato in onore una teoria pubblicata da Reil negli *Archiv. für Phys.* 1807.

La parte essenziale della teoria di Reil è che nell'utero non gravido le forze si equilibrino. Quando segue la gravidanza la forza espansiva prevale prima sul fondo, da questo sempre più si estende su tutta la sostanza dell'organo scacciando la forza contrattile verso il polo opposto, finchè questa ultima ridotta al punto estremo si manifesta dal collo al fondo ed allora dà il segnale per il cominciamento del parto.

« La forza contrattile » dice Reil « sempre più spinta in dietro dal fondo verso il polo opposto, si rifugia nel punto estremo del collo, finchè anche ivi è sopraggiuta dalla forza espansiva, ciò che per lo più avviene con uno sbalzo ed in un momento, come dimostrerò cogli esempii. In questo momento segue il cangiamento dei poli nella linea magnetica ». Allora si manifestano i dolori del parto, durante i quali la massima contrazione è nel fondo e la massima dilatazione è nel collo. Dopo terminato il parto le oscillazioni cessano e la contrazione nuovamente predomina in tutta la sostanza dell'utero. Reil riferisce un caso di aborto al terzo mese in cui il collo, che era stato chiuso, duro e stretto, divenne molle e dilatabile mentre un momento prima tutto era ancora duro ed inespansabile.

Il Dr. Champneys applica queste teorie della polarità uterina ai fenomeni osservati nella dismenorrea e nella menorragia. Così, ricorda un caso di menorragia in cui, dopo fatta la dilatazione con una serie di candelette fino al N° 18 e dopo data l'ergotina, si ottenne un miglioramento. « Qualunque era la causa della frequente mestruazione in questo caso » dice il Dr. Champneys « sembra che la dilatazione del collo abbia modificato lo stato delle cose e

---

[1] *Obst. Journ.* N.° 82, Journ. 1880, p. 609.

ristabilito il ritmo naturale, credo in virtù del principio di Reil ». Quanto ai cosiddetti casi di dismenorrea « spasmodica » il Dr. Champneys ritiene che questi casi non si debbano classificare sotto il nome di « ostruttivi ». Egli dice che essi guariscono sovente coll'uso di una candeletta « ma il fatto che la candeletta ne procura la guarigione non è una prova dell'ostruzione, giacchè molte volte una grossa candeletta non incontra nessun ostacolo neppure durante il parossismo e per lo più una sonda passa facilmente ».

Nella mia pratica ho osservato casi simili a quelli di cui parlano Reil e Champneys, in cui il passaggio dalla contrazione all'espansione nella bocca dell'utero vedevasi avvenire con notevole rapidità ed in modo da confermare la teoria della polarità enunciata da Reil. Ricordo specialmente un caso in cui il collo era stato sotto la forza dell'espansione procurata da un dilatatore per calmare la nausea al terzo mese di gravidanza. In questo caso vi era un repentino passaggio dalla resistenza ad una grande dilatabilità nella bocca dell'utero.

Il Dr. Champneys applica ingegnosamente la teoria di Reil alla spiegazione della menorragia e della dismenorrea. La dilatazione della bocca dell'utero per mezzo di tente o di candelette ha l'effetto, come io credo che egli arguirebbe, di trasferire la contrazione dalla bocca al fondo, o *vice versa*, di trasferire l'espansione dal fondo alla bocca dell'utero. Or, può incontrare benissimo che sia così la cosa, ma la suddetta operazione ha anche altri effetti, di cui bisogna tener conto nello spiegare i risultati che si osservano. Questi altri effetti sono: 1) il raddrizzamento del canale e 2) l'aumento del lume di questo. Ciascuno di questi effetti probabilmente sarebbe seguito da miglioramento. Il Dr. Champneys si oppone alla parola « ostruzione » applicata ai casi in cui « una grossa candeletta incontra ostacolo » ma vi hanno casi nei quali l'utero è contorto ed in cui la sonda passa senza apparente difficoltà, giacchè, come ho già detto, nel passare raddrizza l'utero ed allontana momentaneamente l'ostruzione — cioè la flessione dell'utero. Nei casi di menorragia dipendenti dalla conformazione a bisaccia dell'utero e da ritenzione, le candelette allontanano « l'ostruzione » la quale non è meno reale perciocchè la sonda apparentemente passa senza incontrare ostacolo.

In breve, non mi sembra che sia necessario ricorrere alla teoria della polarità di Reil per spiegare la benefica influenza della dilatazione del canale cervicale per la guarigione della dismenorrea e della menorragia. Questi benefici effetti forse sono principalmente in rapporto con la produzione di una facile e rapida via di evacuazione dell'utero, insomma di un canale di scolo. Oltre a ciò, la dilatazione artificiale meccanica del collo probabilmente, per azione riflessa, ecciterebbe la contrazione del fondo. È da notare che la necessità di

usare la dilatazione implica la presenza di qualche stato anormale della bocca dell'utero. La questione si riduce a sapere quale è questo stato anormale. Probabilmente non è sempre lo stesso. In alcuni casi vi è una mollezza generale, flaccidità e conformazione a bisaccia dell'utero; allora il raddrizzamento, la libera via all'uscita del liquido e l'eccitare la contrazione uterina nel fondo, per azione riflessa, o per alterata polarità (Reil e Champneys) sono benefici. In alcuni casi vi ha contrazione e condensazione dei tessuti intorno alla bocca interna dell'utero dipendenti dalla flessione, forse di una certa durata, e la dilatazione e il raddrizzamento del canale la correggono, distendendo realmente i tessuti condensati. Vi hanno due tipi fra cui vi sono molte varietà.

Quanto alla sufficienza del canale per il passaggio del liquido non bisogna dimenticare che la *quantità* del liquido varia nei diversi casi; un canale che può essere molto sufficiente in una donna o in certe date condizioni può non bastare in un' altra donna o in altre condizioni. Vi sono, eziandio altre cose da considerare riguardo a ciascuna delle quali si osservano notevoli variazioni; lo stato di vascolarità dell'utero; lo stato di vascolarità o di pienezza degli organi circostanti.

L'utero è soggetto a certe alterazioni morbose di struttura che possono maggiormente modificare il lume del canale di uscita. Così nel tessuto uterino spesso si sviluppano tumori fibrosi, i quali possono prendere, e prendono talvolta, una direzione che incrocia quella del canale e così lo restringono. La fig. 147 rappresenta un caso di questo genere. Lo stesso risultato può essere prodotto da polipi che crescono nella cavità uterina e talfiata troviamo che tutto il collo dell'utero è ristretto congenitamente per un evidente difettoso sviluppo di questa parte degli organi della generazione. Un'importantissima classe di casi è quella in cui il segmento più basso dell'utero — il collo — si è ipertrofizzato, indurito e in altro modo alterato; allora il canale può essere contorto, tortuoso in tal maniera che la maggior congestione la quale avviene nella mestruazione fa protuberare i tessuti cervicali in guisa da modificare molto il lume del canale.

Queste considerazioni bastano a mostrare che non dobbiamo andare molto lungi per trovare un numero di condizioni capaci di produrre restringimento del canale per mezzo di cui l'utero emette il liquido mestruale. Le condizioni del genere sopra detto si accompagnano a grave dismenorrea ed il dolore in tali casi è completamente spiegato dalla ritenzione, temporanea o parziale, che possiamo supporre essere presente in queste circostanze.

Altri argomenti a conferma della verità delle interpretazioni ora date si possono trarre da ciò che, in primo luogo la dismenorrea della

natura che ora studiamo è molto spesso associata alla sterilità (veggansi le statistiche relative a pag. 169); ed in secondo luogo dal fatto che non si osserva nelle donne le quali hanno avuto figli, se non in rapporto con qualche riconoscibile e molto evidente alterazione

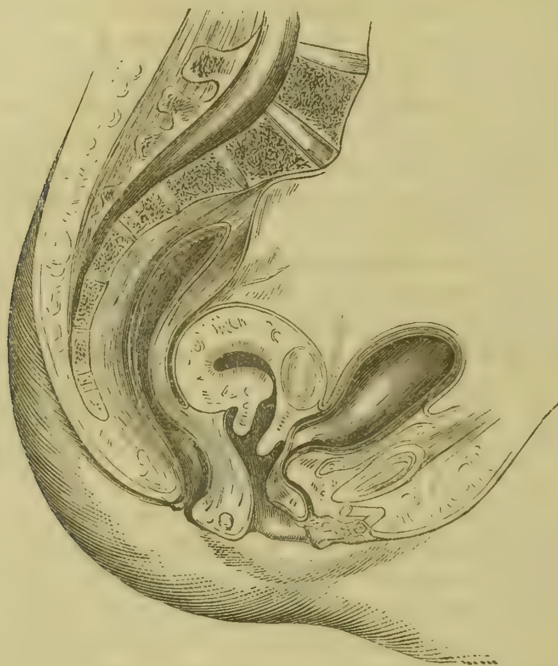


Fig. 147.

del collo uterino, di tal natura da alterare il lume del canale, che in certi casi è l'effetto del processo del parto; ed in terzo luogo dai risultati ottenuti dalla cura meccanica per migliorare in varii modi il libero passaggio del canale utero-cervicale.

Un attento studio dei sintomi e dei fenomeni osservati nei casi in cui è stata riconosciuta presente una reale obliterazione della bocca dell'utero, permanente o temporanea, essendo stato ritenuto il prodotto mestruale nell'utero e non avendo potuto venir fuori, getta molta luce sulla questione di cui ora ci occupiamo. Nell'opera di Bernutz e Goupil [1] troviamo raccolti molti casi attentamente osservati in cui la specie di ritenzione mestruale di cui ora parliamo vi era senza dubbio, così abbiamo i mezzi di studiare l'argomento per analogia, per dir così. La differenza fra le due classi di casi —

[1] *Clin. Méd. sur les Mal. des Femmes*, tom. i. (Paris, 1860). Veggasi anche l'edizione inglese di questa opera del Dr. Meadows pubblicata per cura della *New Sydenham Society*.

quelli nei quali vi è completa ritenzione mestruale, come nei sopra riferiti — e quelli nei quali la ritenzione si può chiamare incompleta o parziale — è soltanto di grado.

I casi che sono passati sotto la mia osservazione hanno presentato la maggiore conferma possibile della verità di questo fatto, che negli ordinarii casi di dismenorrea in cui vi sono prima dolore e dopo un tempo variabile flusso, abbiamo innanzi ciò che realmente *è una ritenzione mestruale temporanea.*

Naturalmente, la cavità dell'utero è molto piccola ed incapace, se non si dilata, a contenere più di una piccola quantità di liquido. Risulta dall'esperienza che parecchie donne comportano la dilatazione della cavità uterina molto variamente, da ciò segue che la ritenzione del liquido mestruale nell'utero può produrre varii gradi di dolore e gradi molto svariati di sofferenza nelle diverse inferme.

La *gravezza* e l'*intensità* del dolore nei casi di dismenorrea sono soggette, come abbiamo già detto, a molte variazioni. Talvolta il dolore è così forte che l'inferma si rotola per terra spasimando: non di raro giunge al punto che per uno o due giorni l'inferma è obbligata ad isolarsi da tutti e restarsene nella sua camera da letto. In alcuni rari casi si altera la ragione a causa del cruciante ed intenso dolore.

Dismenorrea intermestruale. — È stata descritta una varietà di dismenorrea sotto il nome di « dismenorrea intermestruale». Di quando in quando si osservano donne nelle quali quasi a metà dell'intervallo fra una mestruazione e l'altra si sono avuti attacchi di dolore simili a quelli del periodo mensile ordinario ed in questi casi vi è una notevole regolarità nella manifestazione degli attacchi. Il Dr. Priestley lesse un lavoro su questo argomento innanzi alla *Royal Medical and Chirurgical Society* alcuni anni dietro. Io ho visto pochi casi di questo genere che aveano i caratteri descritti dal Dr. Priestley. Nelle donne osservate da me gli attacchi presentavansi associati all'espulsione di un liquido leucorroico dall'utero, che era ritenuto a causa di una flessione cronica. Il Dr. Fasbender riferisce un caso di grave dismenorrea, in cui l'inferma, nubile, di 24 anni, per due anni aveva patito questo dolore intermestruale. L'utero era antiflesso acutamente e vi era « endometrite ». L'inferma guarì completamente usando un pessario intrauterino.

La *nausea ed il vomito* sono sintomi che molto frequentemente accompagnano il dolore della dismenorrea. Finora questo fatto non ha richiamato l'attenzione che merita. Qui può bastare il dire che la nausea ed il vomito non si osservano affatto raramente e talvolta

---

[1] *Zeitsch. f. Geb. und Frauenk.* vol. i. N° 1.

con esagerata gravezza nei casi di dismenorrea dipendente da flessioni croniche dell'utero.

Le *cause della dismenorrea ostruttiva* sono: —

La flessione dell'utero (per lo più corrispondentemente alla bocca interna) che produce un restringimento virtuale del canale nella sua parte più angusta. L'anti-e retroflessione possono dare ugualmente origine a difficoltà meccanica.

Il restringimento congenito del canale cervicale con la presenza di *un utero infantile.*

Il restringimento congenito della bocca interna—punto di congiunzione del canale cervicale colla cavità del corpo dell'utero.

Il restringimento congenito della bocca uterina esterna non è tanto spesso causa di dismenorrea quanto di sterilità. L'insolita congestione ed ipertrofia della mucosa del collo uterino, mentre il canale ha dimensioni normali.

L'aumentato flusso di sangue dall'interno dell'utero, mentre il canale di uscita è insufficiente alla rapida emissione del sangue.

I fibromi che sorgono nel corpo della parete uterina e sono situati in modo da comprimere o rendere tortuoso il canale cervicale. Questi tumori molto frequentemente producono dismenorrea quando stanno nella parete anteriore ed in generale producono anche un certo grado di flessione dell'utero, da cui è aumentato l'ostacolo. In questa classe di casi si osservano le più gravi forme di dismenorrea.


Fig 148.

La congestione cronica dell'utero, accompagnata da leggieri gradi di flessione, o da altre delle condizioni sopra enumerate.

I piccoli polipi intrauterini che pendono nel canale cervicale e fanno da turacciolo impedendo così la rapida uscita del liquido mestruale.

Un allungamento della parte vaginale del collo, spesso associato à flessione del canale verso la sua metà, o di fronte al punto di ripiegamento della vagina sul collo (fig. 148).

La contorsione del canale cervicale dipendente da uno stato irregolarmente ipertrofico del collo. Ciò non è molto raro come conseguenza di flogosi cronica nella parte suddetta.

Dismenorrea membranosa. — Con questo nome si denota una classe di casi che ha speciale importanza, in cui, in ciascun periodo mestruale, o almeno molto spesso in questa epoca, è emessa una membrana. Scanzoni sostiene che lo sfaldamento della mucosa ha luogo più spesso di quanto ordinariamente si crede. Egli trovò porzioni di mucosa in 14 di 21 casi di dismenorrea, nei quali

se ne fece attenta ricerca. Ciò infatti dobbiamo aspettarci se lo sfaldamento o distruzione parziale di questa mucosa ha luogo in ciascun periodo nelle condizioni ordinarie. Non pertanto è raro che s'incontrino casi di sfaldamento della mucosa in totalità, o di pezzi di considerevole grossezza e soltanto in questo ultimo evento si usa il nome di dismenorrea membranosa. Sembra non esservi nessun dubbio che la membrana emessa in questi casi è veramente la mucosa uterina, ma non è certo se è un impessamento accidentale dipendente da esagerato sviluppo o dalla gravidanza.

L'espulsione della membrana ordinariamente è accompagnata da dolore, appunto come avviene nei casi di aborto e questo dolore è precisamente della stessa natura di quello che si sente nei casi di aborto ed in quelli di ritenzione mestruale testè descritta.

In un caso fu accertato che la membrana era espulsa ordinariamente non più tardi di ventiquattro ore dall'epoca dell'esordire del flusso. In questa epoca vi era una sospensione del flusso per un'ora



Fig. 149 [1].

o due, durante la quale veniva fuori il sacco membranoso con grave dolore ed il flusso poi continuava senza interruzione per tre o più altri giorni consecutivi.

In un altro caso, in cui trattavasi di una signora, di 34 anni,

[1] Questa figura, eseguita per me da Tuson, rappresenta la mucosa uterina espulsa nove settimane dopo un periodo catameniale. Non vi era nessuna traccia di uovo nè di punto d'impianto. L'aspetto esterno fioccoso e la superficie interna liscia e vellutata si vedono bene. L'inferma aveva avuto un figlio e riteneva di essere gravida.

la quale era stata maritata per tredici anni e non avea mai avuto gravidanza, con certezza durante gli ultimi otto anni, con probabilità per un più lungo periodo di tempo, era stato espulso, quasi in ogni epoca catameniale, un sacco membranoso, completo o a brani. Questa membrana usciva fuori sempre nelle prime ore dopo che era cominciata la mestruazione.

In entrambi questi casi l'intervallo fra i periodi mestruali era lungo — cinque settimane — ed in entrambi la membrana realmente espulsa apparteneva al precedente periodo mestruale o ne era il prodotto e se normalmente, la decidua mestruale è espulsa dall'utero dopo che è cessato il flusso o almeno durante l'ultimo periodo di questo, parrebbe che in questi casi questo sfaldamento fosse posposto, continuando la membrana a crescere durante il periodo inter-mestruale.

Il Dr. John Williams [1] ritiene che la membrana dismenorroica sia la decidua ordinariamente emessa e che in questi casi sia espulsa intera o a pezzi a causa di un eccesso di tessuto fibroso nella parete uterina, il quale eccesso è dovuto all'imperfetta evoluzione nell'epoca della pubertà, all'imperfetta involuzione dopo il parto o l'aborto, ovvero è il prodotto di un'infiammazione acuta. L'infiammazione è l'effetto dell'espulsione delle masse. Ad ottenere la guarigione egli crede che si deve modificare la struttura di tutto il corpo dell'utero.

Il Dr. Beigel [2], in un lavoro su questo argomento, riteneva che l'espulsione della membrana dipendesse da un cangiamento patologico nella mucosa, la quale, a causa di esagerata proliferazione cellulare, si distacca dall'utero e cade a brani. Al microscopio trovò gli elementi normali aumentati in alcuni casi, in altri trovò mancanti o degenerati certi elementi — glandole, epitelio — talvolta trovò tessuto connettivo embrionale; in tutti i casi trovò cellule libere rotonde che sono causa del distacco. Egli riteneva che la membrana non fosse il prodotto del concepimento.

Il Dr. Gautier [3] (di Ginevra) crede che si tratti di una desquamazione che ha luogo non pure nello strato epiteliale, ma altresì in una parte del tessuto sottoepiteliale, analoga a quella osservata in certe affezioni della superficie tegumentaria o delle mucose. Egli la paragona all'ictiosi e propone per essa il nome « d'ictiosi uterina ».

Colla dismenorrea membranosa sembra che sia associata molto generalmente la sterilità. Sembra inoltre che mentre nelle donne nubili la mucosa della cavità uterina venga via staccata a frammenti, l'espulsione in un sol pezzo si osservi soltanto nelle donne maritate. Perciò è stato asserito da alcuni — per esempio da Haussman —

---

[1] *Obst. Trans.* del 1877.
[2] *Archiv. f. Gynæk.* Band ix. Heft 1 (1876).
[3] *Essai de la Pathogénie de la Dysménorrhée membraneuse* (Genève, 1878).

che queste ultime membrane espulse siano realmente aborti. Senza dubbio aborti troppo precoci si possono confondere colla mestruazione membranosa ed infatti la membrana dismenorroica rassomiglia molto alla decidua inspessata del primo mese della gravidanza. Da ciò che si conosce però, sembra che la mucosa della cavità uterina può essere espulsa quando non è stato possibile che dipendesse dalla gravidanza. Ma può ben incontrare che nello stesso caso possano avvenire espulsioni di una membrana prodotta dal concepimento che si alterna con una non dovuta a questa origine.

È certo che in alcuni casi l'utero è in uno stato di flessione cronica e può essere che questo stato morboso di cui ci occupiamo sia realmente dipendente da congestione cronica dell'utero mantenuta e perpetuata dalla flessione e dall'ostruzione nella bocca interna, che ne è la conseguenza,

Ovulazione disordinata. — Il processo di ovulazione consistente nella maturazione e deiscenza delle uova, il turgore e la rottura dei follicoli di Graaf, è soggetto a disturbi; la rottura può essere impedita dalla presenza di uno straordinario inspessamento del suo tessuto esterno, dipendente dall'infiammazione dell'ovaia generalmente (veggansi i capitoli sulle « Malattie dell'ovaie »), o del singolo follicolo; o la distensione del follicolo antecedente alla rottura può essere maggiore del solito; o l'ovaia può essere straordinariamente sensibile ed essendo normali i fenomeni fisici, l'estrema sensibilità dell'inferma rende il processo fisiologico ordinariamente doloroso.

« È probabile » dice il Dr. Farre [1] « che quando il follicolo o tutta l'ovaia divengono tesi per le effusioni, le quali si è mostrato che hanno avuto luogo in generale nel loro interno, e questa tensione non è alleviata perchè la rottura non ha luogo a tempo debito, sicchè la *ovulazione è contrariata, o è irregolare*, i sintomi che possono accompagnare questa interruzione del processo sarebbero quelli che ordinariamente si manifestano come segno d'infiammazione in una parte ».

Io debbo confessare, dietro la mia esperienza, che ho incontrato pochissimi casi in cui il dolore durante la mestruazione si potette direttamente riferire alle ovaie. Il sito del dolore non è una prova che ne è sede l'ovaia, giacchè in molti casi di antiflessione dell'utero si trova frequentemente un dolore costante nelle regioni ovariche e il cessare, cangiando la posizione dell'utero, dimostrerebbe che, in tali casi, non ha realmente sede nell'ovaia. Non si nega che l'ovarite ed il dolore dipendente da questa si osservino, ma ciò sembra che non sia una cosa comune.

Nei casi di *spostamento dell'ovaia*, quando l'organo è sceso nello

---

[1] *Cyc. Anat. and Phys.*: articolo « Uterus » p. 576.

spazio del Douglas, stato che talvolta è concomitante colla retroflessione dell'utero, l'ovaia è straordinariamente sensibile e dolorosa al tatto e la dismenorrea osservata in tal caso senza dubbio sarebbe aggravata dalla presenza di questo spostamento.

Congestione addominale generale, disturbi della digestione ecc. — Le donne soggette a malattia cronica dell'utero di vario genere e che abitualmente provano dolore di maggiore o minor grado negli organi pelvici, naturalmente soffrono di più nei periodi mestruali. Quelle che hanno i visceri addominali in uno stato congesto, d'ingorgo, soffrono più delle altre nei periodi mestruali. Un metodo di vita sedentanea o troppo dedita ai piaceri raramente non produce la suddetta congestione. I disturbi degli organi digerenti, di grado accentuato, ordinariamente non mancano in tali circostanze.

La complicazione della dismenorrea colla nausea e col vomito è stata ricordata. L'isterismo è un'altra complicazione. Io ho visto pochi casi in cui un'intensissimo *mal di capo* si accompagnava alla dismenorrea — dolor di capo tanto forte che l'inferma perdeva la coscienza di tutto (veggasi uno dei capitoli seguenti). Costituisce una predisposizione il temperamento *nervoso*. Generalmente si crede, ed io ritengo a buon dritto, che la presenza di una *diatesi reomatica* predisponga alle sofferenze mestruali. La donna che ha questa forma « reomatica » di dismenorrea è soggetta a dolori migranti in diverse parti del corpo, massime alle giunture; l'urina è carica per un eccesso di urea, di acido litico e di litato di ammoniaca. In tali casi, comunemente, vi hanno altresì flatulenza e congestione emorroidaria.

Sicchè, riassumendo queste osservazioni sulla patologia della dismenorrea: —

Il dolore può dipendere dalla ritenzione di liquido mestruale, la quale può essere parziale o completa, cioè, vi può essere una scarsa emissione, ma essendo angusta l'apertura di uscita vi è una ritenzione parziale, ovvero, non avendo l'inferma affatto flusso per un certo tempo, la ritenzione è completa.

Il dolore può dipendere dalla congestione dell'utero, dalla congestione delle ovaie, dall'infiammazione dei follicoli di Graaf contemporanea alla ovulazione, o semplicemente da nevralgia.

Queste due classi di casi insensibilmente si confondono l'una coll'altra. L'ostruzione, quando vi è, dà origine a congestione, ad infiammazione, a sofferenza di natura nevralgica; e, *vice versa*, la congestione o infiammazione dell'utero produce l'ostruzione nel modo già indicato; ma la causa delle sofferenze delle inferme nella maggior parte dei casi sembra che sia associata a ritenzione parziale o completa del liquido mestruale.

Diagnosi.

La diagnosi di dolori dipendenti dagli organi della generazione, siccome include anche quella dei dolori di natura dismenorroica, sarà trattata nell'Appendice.

Cura della dismenorrea.

Nel curare casi di dismenorrea il nostro scopo non è semplicemente di fare cessare il dolore che vi è attualmente, ma d'impedire il suo ritorno. Studiando la patologia di questa affezione si scorge che la dismenorrea è soltanto un sintoma, il quale in generale si osserva insieme ad un impedimento all'uscita del liquido mestruale dall'utero; perciò, in tali casi, il primo obbietto della cura è di togliere questo impedimento. Il nostro scopo è di rendere facile l'evacuazione del liquido mestruale (sangue e lacinie di mucosa) e l'esperienza ha largamente mostrato che quando questa evacuazione è facile, generalmente è anche senza dolore.

Lo studio della patologia delle flessioni dell'utero ci fa conoscere che infatti queste affezioni sono principalmente e per lo più, benchè non sempre, la causa dell'ostacolo all'uscita dall'utero dei prodotti mestruali. Togliendo la flessione in generale si toglie questo impedimento, perciò la cura della dismenorrea nella maggior parte dei casi si riduce a curare le flessioni.

Quando la dismenorrea è di grado leggiero può richiedere poche misure curative, ma quando è avanzata e di lunga durata è inutile attendere buoni risultati dalla ordinaria cura palliativa o cosiddetta generale. Talvolta si passano anni nella inutile attesa di un miglioramento, menando una vita in mezzo alle molestie, per non avere adottato a tempo un piano di cura razionale e precisa.

La cura meccanica della dismenorrea, eseguita con varii metodi è stata molto perfezionata in questi ultimi anni. A principio incidevasi l'angusto canale uterino e così veniva reso più ampio. Poi si prese a dilatarlo. Da amendue questi metodi si ebbero buoni risultati. Il principio su cui questi due modi di cura fondavasi era che il restringimento aveva analogia con quello osservato in altri canali, per esempio nell'uretra e così avvenne che l'incisione e la dilatazione, quantunque fondate sopra una imperfetta nozione delle condizioni reali del caso, furono vantaggiose in molte circostanze. Il difetto consisteva in ciò che il supposto restringimento in realtà non vi era, ma invece trattavasi di un ostacolo prodotto dalla flessione del canale. Per combinazione la cura raggiungeva, almeno per un certo tempo, lo scopo, quantunque l'effetto necessario, cioè il raddrizzamento del canale, non

era ottenuto. Queste osservazioni si applicano alla maggior parte dei casi curati, come che certamente in certi casi rari il canale uterino sia in realtà ristretto e flesso ed esse non si applicano ai casi (però rari) di restringimento della bocca esterna dell'utero. Le osservazioni sono state molto contraddittorie circa il valore e l'efficacia della cura coll'incisione contro la dismenorrea, ma le osservazioni precedenti forse spiegheranno perchè l'incisione o la dilatazione del collo uterino potrebbero essere opportune ed utili e perchè, d'altronde, potrebbero non dare un risultato definitivo.

Un altro metodo di cura — l'uso delle aste uterine — è stato anche seguito nella dismenorrea. L'azione dell'asta è quella di mantenere libera la via lungo il canale uterino mentre mantiene anche diritto l'utero ed impedisce la flessione.

Riguardo a questi metodi, per quanto concerne la cessazione della dismenorrea, si può dire che: —

L'*incisione* procura subito ed immediatamente la necessaria ampiezza del canale. Ma, se non è seguita da altra cura, le superficie incise generalmente aderiscono dopo non molto tempo ed il tessuto cicatriziale che ne risulta può produrre inconvenienti anche maggiori di prima. Oltre a ciò, la flessione (per lo più presente) ritorna non ostante l' incisione o può ritornare se non vi si bada e bisogna ricordare che in alcuni casi l'incisione lascia dietro di se un'incurabilissima nevralgia del collo. Circa la guarigione della dismenorrea il risultato generalmente è buono per un certo tempo ma la sua durata è molto incerta. Nondimeno l'incisione è applicabile in certi casi, massime quando vi è uno stato di durezza quasi cartilaginea della bocca interna.

La *dilatazione* è più razionale, ma l'esperienza dimostra che per essere efficace si deve ripetere spesso. La dilatazione inoltre produce il raddrizzamento del canale e la ripetizione di questo raddrizzamento combinato colla dilatazione costituisce il migliore mezzo per modificare permanentemente la forma e la direzione del canale.

L'uso delle *aste* per togliere la dismenorrea è senza dubbio un metodo razionale e scientifico, mantenendosi così il canale uterino diritto ed aperto ed il canale più probabilmente acquista in modo definitivo una forma migliore della prima. Gli svantaggi di questo metodo di cura sono grandi, ma in certi casi difficili esso è opportuno.

È possibile, però, nei primi periodi dell'affezione, curare la dismenorrea meccanicamente senza usare strumenti o mezzi meccanici interni di qualsiasi specie. Quando si comprenderà completamente come ha origine in generale la dismenorrea si troverà una cura relativamente semplice, come ho scorto in molti casi, di agevole applicazione e molto efficace.

Cura della dismenorrea colla posizione. — La cura della disme-

norrea colla posizione si fonda sulla valutazione del rapporto che passa fra la flessione uterina ed il sintoma di cui ci occupiamo. Si debbono prendere misure per impedire la discesa del fondo dell'utero. Nei casi di antiflessione la posizione dorsale è conveniente. In quelli di retroflessione la posizione prona è la migliore. In entrambi i casi però, la posizione sulle ginocchia e sui gomiti, mantenuta per quattro o cinque minuti in continuazione, parecchie volte al giorno, è molto utile. Il fondo viene così sollevato, la flessione diminuisce ed anche la dismenorrea. Da lungo tempo si sa che il riposo è efficacissimo a far cessare la dismenorrea. Alcune donne per abitudine stanno a letto durante il periodo mestruale e trovano molto sollievo. Quindi non vi è nulla di nuovo nella raccomandazione di stare in riposo in questa epoca, ma l'esperienza ha dimostrato che la cura colla posizione, sopra indicata, rende anche maggiori i buoni risultati. Questa è specialmente efficace quando trattasi di donne giovani nubili, le quali hanno una dismenorrea di natura non tanto grave da rendere imperiosamente necessaria la cura interna, ed in fatti io in parecchi casi ho fatto fare la cura della posizione con grande successo, mentre non avea eseguito nessuna osservazione diretta, ma in cui, però, i sintomi e la storia precedente mi mostravano in modo positivo che trattavasi d'incipiente flessione uterina.

La cura colla posizione è anche molto efficace come mezzo ausiliario mentre si usano gli apparecchi meccanici interni.

Misure palliative. — Il riposo, la posizione orizzontale, la cura colla posizione, sopra descritta, sono tutte misure di primo ordine. I semicupii tiepidi, a 37° di temperatura o anche più caldi, son da raccomandare. Le copiose iniezioni vaginali di acqua calda talvolta si sono sperimentate utilissime. L'etere, lo spirito composto di etere solforico, la canfora e il giusquiamo sono rimedii comuni e molto benefici. Un rimedio domestico comune è il gin coll'acqua. I cataplasmi laudanizzati, le iniezioni ipodermiche di morfina, le fomentazioni di trementina, sono altri rimedii che talvolta si usano. I suppositorii contenenti oppio o morfina sono efficacissimi, ma l'uso dell'oppio non è da raccomandare se non dietro la prescrizione del medico. Buone medicine sono il cloralio ed il bromuro di potassio. Il guaiaco (Dewees), l'elleboro nero (Meigs) sono stati energicamente raccomandati. Il colchico, la cannabis indica e tutti i sedativi e gli antispasmodici della farmacia sono stati usati per mitigare il dolore con maggiore o minor successo.

Durante il periodo mestruale si richiede una grande attenzione per mantenere lubrico l'intestino, facile la funzione degli organi digestivi ed adeguata, non soverchia, la quantità di cibo. Si sa che durante la mestruazione sono pericolosi i bagni freddi.

Cura interna meccanica. — Un attento studio del caso speciale

indicherà generalmente il metodo di cura da seguire. Ciò che riguarda la cura delle flessioni è stato già discusso nei capitoli precedenti. Il volume, la forma, la spessezza e lo stato di struttura dell'utero debbono essere debitamente valutati per scegliere un conveniente metodo curativo.

Dato che sia necessaria la cura meccanica interna ecco, brevemente, quale è il piano d'adottare.

Nei casi più recenti è bene usare un pessario vaginale — a sella per l'antiflessione, quello di Hodge per la retroflessione — continuamente e qualche volta usare la sonda col doppio scopo di raddrizzare il canale e correggere più completamente la posizione dell'utero.

Nei casi più cronici il solo pessario è di poca utilità se l'utero non è molto molle.

Nei casi antichi la durezza dell'utero rende necessario l'uso frequente della sonda per coadiuvare il raddrizzamento. Se l'utero è molle la sonda è meno frequentemente necessaria. Il dilatatore di acciaio (descritto a pag. 180) è utilissimo nei casi cronici. Si può adoperare due volte la settimana. Nella maggior parte dei casi io ho visto che coll'uso combinato del pessario vaginale, della sonda o del dilatatore di acciaio, può mitigarsi la dismenorrea cronica. Ma la cura deve essere continuata per alcune settimane e ripresa ad intervalli di pochi mesi nei casi molto antichi. Il pessario vaginale può essere portato continuamente ma alla dilatazione e all'uso della sonda si deve ricorrere di quando in quando.

In un caso cronico, in cui la bocca interna dell'utero è la sede dell'indurimento per prolungata compressione da flessione, sorge la quistione se bisogna incidere. Talvolta facilitano la cura leggiere incisioni in questo sito.

La cura coll'asta è applicabile ai casi cronici. Non è necessaria per i casi recenti che ponno guarire presto coi pessarii vaginali e l'uso della sonda di tratto in tratto. Ma nei casi cronici, come si è spiegato nel capitolo sulle « Flessioni » (veggasi p. 181), la cura coll'asta è nella maggior parte dei casi applicabile, quantunque per parte mia confesso che per regola preferisco altri metodi di cura.

Nel combattere la dismenorrea bisogna aver di mira la cura dell'utero in totalità. È di poco vantaggio l'aprire il canale, il raddrizzarlo e correggere la flessione se non si adottano misure per corroborare l'utero, la qual cosa si ottiene solamente con una ben regolata alimentazione. Nei casi cronici la guarigione non si ottiene presto, anche eseguendo una scrupolosa cura; giacchè, quando l'utero è divenuto duro, il modellarlo secondo una forma migliore richiede un processo lungo e quando esso è molto molle il tempo speso a riparare l'insufficienza nutritiva di raro è minore di un anno o di otto mesi.

I casi di cosiddetto *collo conico*, in cui la parte cervicale del-

l'utero è esageratamente allungata e di forma conica, hanno bisogno di una speciale menzione. In questi casi l'utero è antiflesso e generalmente di forma acuta. La dismenorrea può essere grave e la guarigione è difficile. La pratica di amputare una parte del collo fu raccomandata dal Dr. Marion Sims. Ma un'altra pratica, che è stata anche adottata dal Dr. Sims e dal Dr. Emmet, è d'incidere la parete cervicale superiore colle forbici. Nella fig. 77 a pag. 237 si vede il metodo del Dr. Emmet d'incisione dell'utero in simili casi. Nessuno di questi metodi di cura è realmente sodisfacente poichè l'utero resta mutilato in ambo i casi, mentre la guarigione della dismenorrea non è affatto certa. Questi casi richiedono una lunga cura, giudiziosamente associando il raddrizzamento, la dilatazione dell'utero e l'uso di un pessario a sella. Un pessario ad asta si può usare con vantaggio in tali casi, almeno durante una parte del tempo speso per la cura. Il canale uterino è in realtà troppo lungo in questi casi ma si accorcia col raddrizzamento e se trovasi che in tal modo si può raggiungere lo scopo è da preferire all'amputazione del collo uterino.

Casi di dismenorrea dipendenti da *strettezza congenita di tutto il canale cervicale,* con utero infantile, ovvero con utero bene sviluppato sotto ogni altro aspetto, si curano benissimo colla dilatazione. Per eseguir questa sono buone le tente di laminaria. Se la *bocca esterna* è la sola parte ristretta, è opportuna l'incisione, tenendo per alcuni giorni divise le parti tagliate con piumacciuoli di filaccia per impedire l'adesione.

La cura della *dismenorrea membranosa* finora, generalmente, non è stata affatto sodisfacente. Uno scrupoloso e perseverante tentativo di assicurare il continuo libero passaggio del canale uterino usando dilatatori o tente o il pessario ad asta, mi sembra che presenti la maggior probabilità di produrre buoni e permanenti risultati in tali casi, ma può darsi che si possa trovare efficace qualche rimedio interno; fin' oggi sembra che nulla renda grandi servigi.

CAPITOLO XXXV.

LEUCORREA E SCOLI NON SANGUIGNI DEGLI ORGANI GENERATIVI.

Secrezioni normali delle vie generative.

PATOLOGIA. — SCOLI ACQUOSI. — SCOLI MUCOSI e PURIFORMI. — SCOLI SANIOSI o di CATTIVO ODORE. — Loro varie note fisiche e cause. — SCOLI SIFILITICI e GONORROICI.

ETIOLOGIA. — Cause costituzionali, locali e specifiche.

CURA. — Cura generale — Allontanamento della causa — Stazioni balneari — Bagni — Iniezioni — Rimedii interni.

Secrezioni normali delle vie generative. — Nello stato sano della mucosa vaginale, dalle glandole sebacee e mucipare che stanno all'orificio vaginale, dalle glandole vulvo-vaginali che stanno da ciascun lato immediatamente dalla parte interna dell'orificio della vagina, dal collo dell'utero, da tutta la mucosa che dall'ostio vaginale giunge alla tromba di Falloppio, ha luogo una secrezione sufficiente a mantenere lubriche le superficie opposte della mucosa. Questa secrezione può aumentare fisiologicamente, come avviene durante il coito ed in altre circostanze, e può in un dato momento aumentare patologicamente, dando origine in questo ultimo caso ad uno scolo liquido o di altro genere.

All'orificio della vagina, superiormente alle ninfe, alla clitoride ed alla superficie interna delle grandi e piccole labbra vi sono sparsi follicoli sebacei il cui secreto contiene acido butirico ed ha un odore forte ed alquanto ammoniacale (A. Farre). Intorno ed ai lati dell'apertura vaginale vi sono molti *follicoli mucipari* con secreto viscido mucoso. Oltre a ciò, vi sono le glandole vulvo-vaginali che segregano un liquido viscido con reazione neutra (Beigel) [1] somigliante un poco al liquido prostatico e che ha un odore speciale. Le secrezioni di queste glandole all'orificio vaginale possono aumentare notevolmento durante le eccitazioni voluttuose.

La *mucosa vaginale* segrega un liquido a principio trasparente,

[1] « Researches on the Secretions in Fluor Albus ». By Dr. Beigel *Deutsche Klin.* 1855, p. 205.

acido e misto a larghe quantità di *reliquie* epiteliali. Questa secrezione ordinariamente mostrasi all' apertura della vagina come una sostanza biancastra o somigliante al latte. Sir C. M. Clarke riteneva che questo aspetto dipendesse dalla sua mescolanza coll' aria, appunto come la saliva forma un'accumulazione biancastra agli angoli della bocca in coloro che parlano precipitosamente. L' aspetto più accentuatamente *rappreso* di questa secrezione, che talvolta si osserva, sembra dipendere dalla precipitazione dell' albumina prodotta dall' acido che trovasi nel secreto. Donné, nella mucosa vaginale trovò, facendo l'esame microscopico, un certo numero di *trichomonata,* che sono ovali, di forma simile a quella di una pera o di un biscotto e sono lunghe da sei linee ad un pollice e quattro linee. Riguardo a questi piccoli organismi, però, Scanzoni osserva che la loro presenza è comune anche in una certa alterazione del prodotto della secrezione vaginale e che non si sviluppano molto se non in un muco di natura incontestabilmente patologica; Beigel non riuscì a trovarli.

La secrezione mucosa del *canale cervicale* è di natura totalmente diversa. Le glandole del collo dell' utero , descritte esattamente e completamente la prima volta dal Dr. Tyler Smith [1], sono numerosissime e queste , quando sono in uno stato di attività, possono produrre una quantità enorme di secrezione. Da ciò la grande importanza di questa parte delle vie generative rispetto all' etiologia ed alla natura della leucorrea.

La secrezione delle glandole del collo dell'utero non è acida ma alcalina. Quando si guarda appena esce dalle cripte della mucosa è trasparente, alquanto simile alle secrezioni mucose delle vie nasali, o al bianco d' uovo , ma è molto tenace e viscida ; contiene molti corpuscoli mucosi ed epitelio cilindrico. Queste note non si trovano più nel liquido quando comunemente si osserva, cioè dopo che ha attraversato il canale vaginale e si è mescolato alle secrezioni della superficie di questo ultimo. L'effetto della mescolanza colle secrezioni del collo e della vagina è che si forma un liquido saponaceo o cremoso. Di quando in quando avviene, però, che la secrezione cervicale esca dalla vagina in forma di masse di albumina coagulata. Ordinariamente e quando le parti sono allo stato sano, la secrezione dal collo non è in grande quantità. Il muco che lubrifica le vie vaginali durante il parto deriva, principalmente dal collo dell'utero.

Le secrezioni naturali della *mucosa del corpo dell'utero* durante i periodi intermestruali , sono forse , allo stato sano , e quando le funzioni uterine procedono bene, in tenuissima quantità ed il liquido espulso è muco senza colore. Ma quando la cavità dell' utero è di

---

[1] *On the Pathology and Treatment of Leucorrhœa.* London: Churchill. 1855.

volume aumentato l'area della superficie secernente è per necessità molto estesa e ne seguono importanti risultati, come spiegheremo nell' occuparci delle cause della leucorrea.

Finalmente, riguardo a queste secrezioni allo stato sano bisogna dire che per lo più sono in quantità tale da essere soltanto sufficienti a mantenere lubriche le parti, ma vi sono non pochi casi nei quali le secrezioni sono molto più profuse senza, però, che si tratti ancora di un fatto del tutto patologico. Talvolta l'aumento di quantità è senza dubbio fisiologico.

Patologia.

Le note fisiche più rilevanti dei varii flussi su cui ora abbiamo chiamato l'attenzione sono state la base di una specie di classificazione, sicchè vi sono scoli *acquosi*, scoli *mucosi, muco-puriformi* e *purulenti*. Vi sono inoltre scoli che talvolta assumono un carattere *sanioso*, nei quali vi hanno evidentemente mescolati elementi sanguigni. Gli scoli di *cattivo odore* costituiscono anche una classe la cui diagnosi differenziale si può con vantaggio stabilire.

È bene trattare questa *serie* di flussi.

Scoli acquosi.

Le donne incinte qualche volta sono soggette ad uno scolo di natura acquosa, la cui origine dà luogo a qualche dubbio. Il liquido può venir fuori a poco a poco ed il flusso può continuare per un tempo più o meno lungo; ovvero la quantità può essere maggiore, ma la durata dello scolo minore. In alcuni casi questo ultimo deriva certamente dall' amnios.

Vi ha un' altra classe di casi in cui uno scolo acquoso avviene di quando in quando, per esempio nei casi in cui l'utero è occupato da una *mola idatidea* o *vescicolare* — « gravidanza idatica » come una volta chiamavasi. Le inferme credono di essere gravide; l'aumento di volume è rapido; non si sentono movimenti fetali, i sintomi mammarii mancano, tutto il complesso delle cose è irregolare, per dir così, oppure vi sono forti ragioni per credere che la donna sia stata incinta. Dopo un certo tempo, possono avvenire leggiere perdite di sangue e scarse ma ripetute emissioni di liquido acquoso, che in generale sono accompagnate da dolori simili a quelli del parto; ovvero si osserva soltanto un flusso di liquido acquoso. La causa dello scolo è la rottura di vescicole simili a cisti che compongono la parte principale del contenuto degenerato dell' utero; in parte, forse, trattasi dell' espulsione, di tratto in tratto, di liquido amniotico. Quanto agli aspetti che presentano i corpi idatidei, che possono essere espulsi col liquido acquoso, si vegga a pag. 423.

Un'altra causa di scoli acquei sierosi dalla vagina sta nella presenza di quel tumore speciale descritto per la prima volta dal Dr. Clarke col nome di *escrescenza a cavolofiore,* ma che ora si sa essere un cancro epiteliale od un epitelioma. Il liquido emesso in tali casi è descritto nell'opera di Sir C. M. Clarke come « poco più che un liquido acqueo ; talvolta, però, vi è misto sangue, e vien fuori, forse, in gran copia »[1]. La quantità emessa talfiata è enorme. Il Dr. Ramsbotham ricorda un caso in cui furono inzuppati in una settimana venti dozzine di tovagliuoli. Safford Lee descrive lo scolo come brunastro, come saliva colorata e la sua descrizione è molto esatta.

La presenza di *polipi* nell'interno dell'utero qualche volta è la causa di un scolo acquoso molto profuso. Finora si è prestata poca attenzione a questo fatto. Io ho osservato che ha luogo in grado notevole parecchie volte[2]. In tal caso lo scolo di natura acquosa si osserva alternato con uno sanguigno, e vi ha mestruazione profusa con altri segni del polipo. La forma più ordinaria di scolo che accompagna il polipo uterino, però, non è quella di cui ora parliamo. Questi scoli acquosi talvolta sono il solo sintoma che si osserva nei casi di polipo dell'utero.

Un copioso flusso sieroso, talvolta di cattivo odore, può dipendere dalla presenza di un *tumore cancerigno fungoso* nella cavità uterina. Questa forma è rarissima[3].

Tubercolo dell'utero. — In questa rara malattia si può osservare un continuo e profuso scolo acquoso, di colore giallo sporco o bruno pallido, che dura per un considerevole periodo di tempo.

Talvolta una *cisti ovarica* aderisce ad una delle trombe di Falloppio, o, almeno, in qualche modo acquista rapporti colla stessa; il contenuto della cisti ovarica passa nella tromba di Falloppio, da questa nell'utero e vien fuori a poco a poco dalla vagina; i segni che si osservano in tal caso sarebbero: presenza antecedentemente di un tumore nell'ipogastrio, o più o meno da un lato, diminuzione di volume dello stesso e contemporanea emissione di liquido acquoso o sieroso dalla vagina. Questo esito della cisti ovarica è raro; il Dr. West soltanto in un caso fra 68 lo ha notato. Io l'ho osservato due volte.

Scolo acquoso consecutivo al parto.—Nell'opera del Dr. Ashwell[4] si trovano le notizie particolareggiate relative a cinque casi in cui, alcuni giorni dopo il parto, vi fu un abbondante scolo acquoso a getti. In un solo di essi si potette *dopo la morte* accertare lo stato

---

[1] Vol. i. p. 34.
[2] Veggansi i casi dimostrativi del Dr. Elkington, nelle *Obst. Trans.* vol. i.
[3] Veggasi Sir J. Y. Simpson, *Med. Times and Gaz.*, Jan. 15, 1859.
[4] *On Diseases of Women*, p. 507.

dell'utero; in questo caso si trovavano « tre masse elevate di aspetto fungoide e melanotico » che partivano dalla superficie interna della parete uterina. Simili casi son rari.

Sir C. M. Clarke riferisce un'altra causa degli scoli acquosi della vagina, la « *escrescenza stillante liquido delle labbra* » probabilmente identica a ciò che ora si chiamerebbe affezione eczematosa cronica della pelle che covre le parti suddette, accompagnata ad uno stato flogistico cronico dei tessuti sottostanti.

Finalmente, può essere che lo scolo acquoso sia in realtà un'*emissione involontaria di urina* cagionata o da paralisi dei muscoli che circondano l'uretra o da una fistola vescico-vaginale.

Scoli mucosi e puriformi.

I casi in cui sono stati osservati scoli di questa natura formano quella classe a cui più comunemente si dà il nome di « leucorrea »[1]. In questo gruppo di casi gli scoli sono più o meno completamente continui e più o meno opachi. Il colore varia estremamente; può essere biancastro, decisamente giallo, verde-giallastro o di una tinta intermedia. Varia anche la consistenza del liquido; può essere viscido, gelatinoso, mucoso o del tutto fluido.

La maggior parte dei casi di leucorrea sono di natura complessa, cioè, lo scolo osservato all'orificio vaginale proviene da più di una sorgente ed è costituito dalle mescolanze di secrezioni della mucosa cervicale, della mucosa vaginale e, talvolta, anche della superficie interna del corpo dell'utero.

Per lo più predomina la secrezione di una di queste parti. La diversa sorgente dello scolo ha costituito la base di una divisione dei casi di leucorrea in « uterini » e « vaginali »; nei primi lo scolo parte principalmente dall'utero (cavità del collo) e nei secondi dalla vagina.

Se lo scolo consiste in un liquido di apparenza coagulata e contenente in sospensione copiose *reliquie* di epitelio pavimentoso, per lo più deriva dalla mucosa vaginale.

Se lo scolo consiste in un liquido di aspetto saponaceo, o di masse vitree di muco coagulato, o di muco viscido tenace, deriva dal collo uterino. Soltanto quando le glandole cervicali sono in grandissima attività i prodotti di questo genere si vedono all'esterno in quantità alquanto notevole.

Se lo scolo è di natura mucosa, mediocremente profuso e continuo, deriva dal collo dell'utero, o, come ho visto in un numero considerevole di casi, dalla cavità del corpo dell'utero. Ma la secre-

[1] Dalle parole λευκός, bianco e ῥέω scorrere.

SCAMBELLURI.

zione del collo soltanto è, o può essere, resa puriforme dalla mescolanza colle secrezioni vaginali.

Così è evidente che, dalle sole note fisiche del liquido espulso, non possiamo in tutti i casi avere una precisa conoscenza del sito da cui proviene. Quando è necessario sapere questo punto preciso bisogna ricorrere ad un esame diretto delle parti.

Scoli purulenti.

a. Quando lo scolo purulento è *continuo* i suoi punti di partenza, probabilmente, sono la mucosa vaginale, le glandole cervicali uterine, la superficie di un'ulcera cancerigna o di altro genere, la suppurazione di membrane o della placenta ritenute dopo il parto, ecc. Una classe importante di casi, in cui vi è uno scolo continuo, è quella nella quale lo scolo purulento è l'effetto d'infezione *gonorroica.*

b. Scolo purulento non continuo. — Nell'altra classe di casi — quelli nei quali vi è uno scolo purulento che dura soltanto un certo tempo, cessa e poi ritorna — la sorgente è o la cavità uterina o un ascesso situato vicino alla vagina e che si apre in questo canale. Gli scoli purulenti, continui o non continui, molto più spesso di quanto si crede, derivano dalla cavità del corpo dell'utero; e noi sappiamo positivamente che l'origine è questa nei casi in cui per contrazione del canale uterino nel punto di unione del corpo e del collo (prodotta da atrofia senile, da flessione uterina, ecc.), ha luogo un'accumulazione nel corpo dell'utero ed in cui si osserva il sintoma di cui ci occupiamo — scolo purulento accidentale e repentino dalle vie generative—. Sir C. M. Clarke ed il Dr. Ashwell parlano di una forma di scolo purulento prodotto, come essi affermano, dalla formazione e ritenzione di pus nella cavità uterina, il quale esce di quando in quando nel modo sopra descritto. In un caso del Dr. Ashwell il liquido purulento espulso ascese a circa un quarto di litro due o tre volte. Io molte volte ho osservato casi precisamente simili ai suddetti, ma la quantità di liquido espulsa non fu così grande. Lo scolo profuso di pus per suppurazione di un polipo uterino si è anche osservato (Safford Lee). Il Dr. Matthews Duncan [1] ha chiamato l'attenzione su questo fatto, massime nelle vecchie che non hanno più mestruazione. In una donna, la quale ancora ha i catameni i sintomi son quelli della dismenorrea, una speciale sensazione di tensione intorno ai lombi, nausea o vomito, ecc.; questi sintomi si calmano ad un tratto coll'emissione di una certa quantità di liquido purulento. Se la mestruazione è cessata i sintomi variano alquanto. Le flessioni dell'utero nelle donne che hanno par-

---

[1] *Edinburgh Medical Journal,* March 1860.

torito molto spesso, secondo la mia esperienza, sono accompagnate da accumulazione ed espulsione periodica di un liquido purulento dalla cavità uterina. Io annetto grande importanza a questo fatto, poichè ancora non è stato valutato a dovere dagli osservatori e probabilmente i casi del Dr. Ashwell erano di questo genere.

Una delle più importanti cause di questo accidentale scolo purulento è l'*ascesso pelvico*. Questo può manifestarsi dopo il parto o esserne una conseguenza, nel qual caso gli altri segni presenti farebbero sospettare l'origine dello scolo purulento. Un'altra importantissima classe di casi è quella in cui un'ascesso, conseguenza di suppurazione del contenuto della cisti di un ematocele periuterino, evacua il suo contenuto nella vagina. In entrambe le classi di casi, però, lo scolo mostrasi repentinamente e sono molto diversi sotto questo aspetto dai casi ordinarii di leucorrea purulenta.

Scoli saniosi.

Questi evidentemente contengono una certa quantità di elementi sanguigni. Nelle donne soggette a profusa mestruazione, quando l'emissione del sangue è in via di diminuzione, generalmente si osserva un periodo in cui vi è uno scolo sanioso. Quando vi è uno stato ipertrofico (il cosiddetto ulcerato) dei villi che rivestono il collo facilmente avviene una leggiera perdita di sangue. Gli scoli saniosi non di raro dipendono dalla presenza di un turgore morboso nell'interno dell'utero o da una sua malattia organica; dallo stato fungoso della mucosa uterina, da ulcerazione maligna della bocca dell'utero, ecc.; e troviamo contemporaneamente la leucorrea ed una leggerissima ma continua emorragia. Nei polipi dell'utero si osservano questi scoli saniosi alternati con emorragie o con scoli leucorroici senza colore. Qualunque cosa può dare origine ad emorragia può produrre uno scolo di natura saniosa. Nei casi di ematocele pelvico, quando si è formata un'apertura fra la cisti e la vagina, ed il contenuto è in via di evacuazione, vi sarà uno scolo sanioso. La presenza di uno scolo sanioso più o meno continuo rende necessaria un'attenta esplorazione digitale.

Scoli di cattivo odore.

Questa qualità di scolo è importante per la determinazione della malattia in certi casi. Gli scoli di cattivo odore ordinariamente sono stati ritenuti come segno assoluto della presenza del *cancro*. È vero che, in quasi tutti i casi di cancro dell'utero si nota uno speciale cattivo odore dello scolo dipendente dalla vagina, ma è anche vero che possa mancare. Il fetore dello scolo cancerigno è speciale, tanto

speciale che è difficile confonderlo con qualunque altro, secondo alcuni autori. È certo, però, che questa specialità di odore non è parimenti valutabile per i diversi osservatori; la mancanza di uno speciale fetore, o di qualunque genere di fetore, non esclude la possibilità della presenza del cancro. Il *sarcoma dell'utero* dà luogo ad uno scolo di cattivo odore molto speciale. Non si può tener gran conto di ciò, giacchè sono registrati casi in cui si sono avuti risultati disastrosi perchè il pratico credeva che il cancro dell'utero fosse assolutamente accompagnato ad uno scolo fetido. Quanto più avanzato è il periodo dello scolo cancerigno tanto più costante è il fetore, giacchè il processo ulcerativo generalmente si accompagna a questo fenomeno. Non bisogna dimenticare che vi può essere fetore in qualunque malattia degli organi uterini nelle quali vi ha emorragia se non si ha cura della nettezza; i coagoli di sangue ritenuti e decomposti sono specialmente soggetti a darvi origine. Talvolta si manifesta quando si usano pessarii.

Un'altra causa di scolo di cattivo odore della vagina è la *presenza di un uovo morto o di porzioni delle membrane fetali, ecc. nell'utero*. Più generalmente è in rapporto colla ritenzione di tutta la *placenta* o di una parte. La gravidanza precedentemente esistente ed il parto spiegheranno la natura del caso. In alcuni pochi casi osservati da me, l'odore fetido era dipendente dalla retroversione dell'utero gravido che dava luogo a ritenzione ed io ho osservato la stessa cosa nella ritenzione di porzioni dell'uovo con antiflessione. Gli scoli di cattivo odore *durante lo stato puerperale* sono tanto evidentemente connessi a questo che il rapporto di causa ad effetto in cui stanno difficilmente sfuggirebbe.

Indipendentemente dalla gravidanza, le *flessioni* dell'utero che producono ritenzione di liquido nel suo interno ponno dare origine a scolo di cattivo odore. Talvolta incontra che gli scoli dalla vagina siano di cattivo odore senza che vi sia una causa nota. Così osserviamo casi nei quali lo scolo nel periodo mestruale è di cattivo odore ed è preceduto o seguito da leucorrea della stessa natura. Allora, generalmente, la causa è la flessione dell'utero. Io ho visto casi di questo genere in donne giovanissime.

È possibile che l'imene, impedendo la libera uscita di liquido dalla vagina, possa essere la causa di uno scolo di cattivo odore.

La mancanza di nettezza è talvolta in rapporto colla presenza di uno spiacevole odore degli scoli dalle vie generative. Quando i follicoli sebacei situati all'entrata della vagina segregano copiosamente il loro prodotto si può osservare il suddetto fenomeno.

Fra le qualità fisiche degli scoli vaginali bisogna tener conto dei *loro effetti sulla superficie del corpo con cui vanno in contatto*. Alcuni scoli vaginali sono assolutamente privi di proprietà irritanti,

ma si osserva spesso la cosa opposta. Sono comuni effetti irritanti connessi ad esagerata secrezione vaginale, da qualsiasi causa, come rossore, escoriazione accompagnati da bruciore della pelle del lato interno delle coscie e dei genitali esterni; il contatto permanente colla secrezione vaginale, spesso esageratamente acida, dà questo effetto. Un'altra classe di casi in cui frequentemente si hanno escoriazioni della stessa parte è quella in cui vi ha uno scolo irritante, caustico, dalla superficie ulcerata di una malattia cancerigna del collo dell'utero. Possono manifestarsi lesioni *sifilitiche* e produrne altre nella vicinanza immediata ed allora profittiamo della conoscenza di questo fatto per stabilire la diagnosi, quando inoculiamo la pelle della coscia col prodotto di una lesione delle grandi o piccole labbra o della parete vaginale che sospettiamo di natura celtica.

Scoli gonorroici e sifilitici.

L'importanza dell'argomento fa si che dobbiamo occuparci brevemente della *leucorrea sifilitica e gonorroica* e ricordare alcuni fatti utili a spiegare casi sospetti di questo genere.

L'argomento è difficile, essendo la patologia di queste affezioni ancora non ben determinata o non concordando affatto gli osservatori su ciò che deve chiamarsi gonorrea e ciò che deve chiamarsi sifilide. Così il Dr. Whitehead, nei casi di gonorrea, riteneva l'utero più interessato della vagina; da altri si ritiene che la vagina sia la vera sede dell'affezione. Il Dr. Tyler Smith credeva che molti dei casi ritenuti di leucorrea gonorroica dal Dr. Whitehead fossero casi in cui la leucorrea era di origine sifilitica.

Sembra che vi sia indubitatamente una *leucorrea sifilitica*; ma la difficoltà consiste nel distinguerla dalla forma più semplice. Si può ritenere probabile che vi sia quando la leucorrea ha durato per qualche tempo, accompagnata da frequenti aborti precedenti o dalla nascita di feti morti; quando vi hanno lesioni sifilitiche secondarie della gola, della pelle, delle ossa, ecc.; ma specialmente, quando si modifica sotto l'influenza dei rimedii antisifilitici. Oltre a ciò lo stato delle glandole inguinali è importante. Queste s'ingrossano e si fanno dure quando vi ha leucorrea sifilitica, ma non suppurano; quando vi ha suppurazione bisogna ritenerla come segno della improbabilità che trattasi di sifilide o che la donna abbia a presentare lesioni secondarie. Non si deve dimenticare che le glandole inguinali possono suppurare nelle donne scrofolose che, forse, hanno anche una sifilide genuina. Coll'esame esterno ed interno si possono osservare condilomi, ulcerazioni o altri segni caratteristici della sifilide. In questi casi dicesi che lo scolo vaginale sia spesso copiosissimo, giallastro e misto a molto muco. Su questi ultimi segni si può contare poco per la diagnosi definitiva.

Quanto alla diagnosi della supposta *gonorrea* si è incontrata sempre molta difficoltà a provare la presenza del virus nella donna, giacchè sono molto somiglianti lo scolo dipendente dalla gonorrea e la leucorrea comune. La gonorrea, nelle donne, nella sua peggiore forma è un'intensa vaginite, poichè lo scolo è costituito dal plasma epiteliale e da sostanza purulenta; più spesso è una vulvite, giacchè la flogosi è circoscritta alle superficie mucose della vulva. Molto spesso il meato urinario partecipa allo scolo ed all'irritazione nei casi di gonorrea. I fenomeni collaterali comuni al sopravvenire dell'attacco sono caratteristici; l'attacco comincia quasi di botto; vi sono calore, dolore e bruciore lungo l'uretra, che si aggravano durante l'atto di urinare; per lo più vi è anche uno scolo uretrale. Talvolta, dopo finito di urinare, mostrasi sangue. Quando lo scolo gonorroico è divenuto cronico, l'irritazione nell'urinare può esser tanto diminuita da non richiamare l'attenzione se non si fa un'esame delle parti. Se si può accertare lo scolo uretrale la diagnosi sarà molto agevolata. Sir C. M. Clarke riteneva impossibile la diagnosi della gonorrea e bisogna confessare che molto spesso è tale. Un metodo di osservazione da cui la diagnosi frequentemente è coadiuvata molto consiste nel determinare l'effetto del coito nei casi sospetti; esso può dar luogo soltanto a questo errore, che uno scolo il quale in un sesso produce uno scolo, non dimostra che l'individno contagiante abbia la gonorrea, essendo un fatto ben accertato che uno scolo apparentemente semplice dell'uomo può produrre uno scolo nella donna e *vice versa*. I casi in cui fa d'uopo determinare questi dati richiedono nell'osservatore una pratica alle ricerche scrupolosissime ed attente prima che emetta un'opinione. Una balanite semplice nell'uomo, contratta nel coito, può, secondo si afferma, distinguersi da un caso di gonorrea perchè i sintomi della prima si manifestano poche ore soltanto dopo il coito, mentre nella gonorrea vi ha un periodo di incubazione che dura quattro a quattordici giorni, accompagnato da incordamento [1].

È impossibile per il pratico esser troppo circospetto nel dare un'opinione favorevole o contraria alla natura specifica di uno scolo degli organi generativi della donna. Come dice il Dr. Ashwell « è sempre suo dovere di guarire la malattia, ma raramente deve avventurarsi a dare un giudizio sulla sua natura. Se può positivamente affermare che sia di natura semplice, l'affermi, ove sia sorto qualche sospetto; nel caso opposto è meglio evitare qualunqne allusione a questa quistione » [2].

---

[1] Veggasi il caso di Nunn, citato dal Dr. Tyler Smith nella sua opera *On Leucorrhœa*, p. 129.

[2] *Diseases of Women*, pag. 175

Etiologia.

Da ciò che è stato già detto circa le varietà dei caratteri fisici osservati negli scoli non sanguigni provenienti dagli organi generativi si rileva che le *cause* di questi scoli sono molteplici.

Si dividono in *costituzionali e locali*.

Cause costituzionali o generali. — La prima causa di questo genere è il *clima*. Nei paesi caldi la leucorrea è più comune che altrove ed è concomitante ad una grande tendenza alla menorragia, che in fatti, insieme alla leucorrea, dipende in gran parte dal difetto di tonicità dei vasi uterini e spesso sono antesignani di grave malattia dell'utero. I luoghi umidi sembra che spieghino la stessa influenza, così le donne abitanti dell'Olanda, del Belgio e delle provincie paludose dell'Inghilterra dicesi che sieno specialmente soggetti alla leucorrea.

Uno stato di *pletora* può dare origine alla leucorrea. Le donne che vivono troppo agiatamente e non fanno che poco moto hanno di queste sofferenze. Quando, invece, vi ha uno stato opposto di cose e l'organismo per perdita di sangue o insufficiente nutrizione, o « inanizione cronica » è ridotto ad uno stato *anemico*, la leucorrea può essere una delle conseguenze che si osservano. Tanto in una donna pletorica quanto in un'anemica la leucorrea può manifestarsi indipendentemente dall'allattamento. L'influenza di *questo*, molto spesso, è d'altronde grande nella produzione della leucorrea, massime nelle anemiche. L'effetto dell'allattamento è duplice. Le donne anemiche, semi-esaurite, il cui sangue è povero ed acquoso, spesso hanno leucorrea di notevole grado durante la gravidanza; dopo di questa l'aumentata funzionalità delle varie glandole che sono in rapporto cogli organi della generazione continua e l'effetto può essere la persistenza della leucorrea.

Nelle donne che hanno *tendenza alla tisi* la leucorrea più facilmente si mostra durante l'allattamento ed allora, molto spesso, indipendentemente da questo. In taluni casi, l'*abuso dell'allattamento*, producendo un'estrema debolezza, sembra che dia origine a leucorrea, sovente profusissima.

Il rapporto di causa ad effetto fra l'*alterata mestruazione* e la leucorrea merita che spendiamo qualche parola. La leucorrea spesso si osserva in donne nelle quali manca la mestruazione e il Dr. Tyler Smith [1] riteneva che in tali casi la leucorrea fosse un fenomeno vicario delle mestruazione. È discutibile fino a qual grado è corretto questo modo di interpretrazione. Sembra più razionale supporre che

[1] *On Leucorrhœa.*

tanto la leucorrea quanto la mancanza della mestruazione dipendano dal disordine di qualcuno dei processi vitali. La donna dunque è resa debole dall'eccessivo allattamento o da qualche altra influenza debilitante; la secrezione mestruale diviene sempre meno normale e meno sanguigna; sorge la leucorrea; questa, com'è naturale, è più profusa nel periodo mestruale, quando gli organi della generazione sono in uno stato d'ingorgo, che in altre epoche.

Le malattie croniche dei polmoni, massime l'*enfisema* e le *affezioni delle valvole del cuore*, spesso si osservano contemporaneamente alla leucorrea, che, in tali circostanze, è di difficile guarigione.

Vi sono alcune osservazioni generali che si applicano a tutti i casi in cui lo scolo leucorroico dipende da una causa costituzionale o generale. Ordinariamente i sintomi che sono per lo più associati con reali cangiamenti patologici nell'utero, come dolore, sensibilità, ecc. a principio almeno mancano. Oltre a ciò, la qnantità dello scolo non è molto considerevole, se non vi è qualche causa locale che lo rende tale; ed in ultimo lo scolo, quando è prodotto da cause semplicemente costituzionali, è meno soggetto a divenir fetido o sanioso di quello che si ha nei casi in cui vi è qualche reale lesione degli organi della generazione.

Quando vi ha leucorrea, accompagnata a qnalche disordine generale della sanità del corpo, si può ritenere che se essa non è assolutamente dipendente da questo disordine (ciò che in molti casi si osserva) nè è per lo meno aggravata e resa ostinata.

Cause locali.

La causa di gran lunga più comune della leucorrea è la *flessione dell'utero.* Questa dà origine alla leucorrea o chiudendo il libero passaggio alle secrezioni della cavità uterina, o mantenendo una congestione continua di tutto l'organo. Il libero scolo della cavità dell'utero non è sufficiente, la forma dell'organo è meccanicamente sfavorevole alla facile uscita del liquido dal suo interno e la bocca interna è in parte chiusa per la compressione prodottavi dalla flessione uterina. Da ciò accumulazione di liquido leucorroico, sanioso, appunto alla fine della mestruazione, più tardi puriforme, che in molti casi vien fuori a getti e ad intervalli. Il liquido così trattenuto *nell'utero* lo irrita, provoca maggiore secrezione e si ha uno stato che chiamasi di « endometrite ». L'interno dell'utero non è mai completamente vuoto e talvolta è molto disteso dal liquido ritenutovi.

In altri casi la flessione cronica, mantenendo una congestione continua del collo nterino, provoca esagerata secrezione dalla bocca e dal collo. Oltre a ciò questa può avvenire se la bocca è molto aperta

o ha le labbra arrovesciate in fuori e la loro delicata superficie è esposta all'attrito ed alla pressione contro il pavimento della vagina.

Si può dire che in generale i casi di leucorrea cronica ed ostinata quasi invariabilmente si troveranno dipendenti da flessione uterina. In alcuni pochi casi questa molesta leucorrea è quasi il solo sintoma presente ; per lo più si osservano altri accentuati sintomi di flessione uterina.

L'endometrite molto comunemente dipende, come sopra abbiamo detto, da un insufficiente libero scolo dell'utero; ma talvolta si manifesta in concomitanza di un esagerato sviluppo o, per parlare più propriamente , di una congestione esagerata della mucosa uterina, delle cosiddette « fungosità ». In queste condizioni la secrezione dall'interno dell'utero è molto profusa e lo scolo leucorroico è proporzionatamente abbondante.

Le lacerazioni del collo uterino sono senza dubbio una causa di leucorrea. L'irritazione e l'infiammazione della superficie interna del collo arrovesciata all'esterno producono perdita di sangue ed emissione di un liquido di natura leucorroica.

L'*ipertrofia del collo dell'utero* o del *corpo*, i fibromi uterini, sia in forma di *tumori fibrosi*, di *polipi fibrosi*, sia di *polipi mucosi*, sono quasi sempre accompagnati da leucorrea, talvolta con uno scolo acquoso o non sanguigno molto abbondante. L'*inversione dell'utero*, il *cancro uterino* nelle sue varie forme, dànno origine a scoli non sanguigni caratteristici spesso molto abbondanti. Il *prolasso dell'utero* o della *vescica*, le *escrescenze nella vagina*, sono altre cause. L'*abuso del coito*, la masturbazione, e questa generalmente congiunta ad un accentuato rilasciamento della parete vaginale, sono cause di leucorrea.

Gli *ascaridi nel retto* non di raro sono cause di leucorrea, non solo nelle fanciulle, ma nelle donne adulte. In tali casi gli ascaridi sembra che dal retto passino nella vagina. Le *emorroidi*, i *tumori vascolari del meato urinario*, ponno anche produrre leucorrea.

Le cause *specifiche* della leucorrea sono la *gonorrea* e la *sifilide*. In questi casi la malattia è più generalmente circoscritta alla *vulva*, ma la flogosi può estendersi più in alto, fino all'utero stesso ed in pochi casi probabilmente fino alle ovaie (*ovarite gonorroica*). La diagnosi delle cause specifiche della leucorrea è stata già trattata (pag. 462).

Cura della leucorrea.

La cura della leucorrea (senza contare gli scoli di natura specifica) è di due specie , *generale e locale*. Nella maggior parte dei casi è più opportuna la combinazione di entrambe e dà i più sodi-

sfacenti risultati. Pur quando vi è una manifesta alterazione dell'utero, che produce leucorrea, la cura generale è spesso vantaggiosissima; come che, per guarire la malattia che dà luogo allo scolo, possano essere indispensabili i mezzi locali.

La prima indicazione è di allontanare la *causa* della leucorrea. A ciò deve primieramente mirare la cura. Se è possibile si allontanerà la causa. Vi sono pochi casi di leucorrea in cui l'utero è del tutto sano. L'organo per lo più è congesto, grosso, i suoi tessuti sono rilasciati e l'attività delle glandole che stanno nel collo straordinariamente aumentata; in queste condizioni il primo obbietto è di far cessare quello stato dell'utero da cui dipende la leucorrea (veggasi « Cura della congestione cronica dell'utero » ed il capitolo sugli « Stati anormali della mucosa uterina »). Importantissimo è un altro elemento della cura; in tutti i casi è essenzialissima cosa vigilare l'attività degli organi della digestione e della superficie cutanea. Se non si bada a queste cose ponno riuscire frustrane i metodi curativi sotto altri aspetti ingegnosamente applicati. La quantità, la qualità ed il modo di prendere cibo debbono essere attentamente regolati secondo i casi. La pelle deve essere mantenuta calda ed assicurata la sua regolare funzione colle frizioni, coi bagni e col moto. Nelle inferme che sono state per lungo tempo leucorroiche l'importanza di uno scrupoloso « metodo di vita » non si può mai valutare abbastanza ed è maggiormente necessario insistere su ciò perchè non di raro il pratico da una parte e l'inferma dall'altra prestano poca attenzione a questi fatti essenziali; l'effetto di questa negligenza è che la malattia guarisce temporaneamente e non radicalmente.

Stazioni di bagni. — Parecchie stazioni di bagni hanno acquistato fama per l'efficacia delle loro acque minerali a far cessare la leucorrea, massime quella cronica. Senza dubbio, spesso, si ottengono effetti molto buoni dall'uso di queste acque; l'effetto ottenuto in molti di simili casi deriva dal cambiamento di aria, dall'assoluto riposo e dalla cessazione delle ordinarie cure e dei pensieri che tengono in agitazione, dal moto regolato, dalla dieta semplice e dal cangiamento del metodo di vita in generale, tutte le quali cose, indubitatamente, hanno un'importantissima parte nel conseguimento della guarigione, non che dalla virtù specifica curativa dell'acqua stessa. Il miglioramento dello stato generale che segue a quello dell'attività nutritiva di tutto l'organismo ordinariamente è accompagnato dalla cessazione o dalla diminuzione della leucorrea. In un certo numero di casi incontriamo grande difficoltà a persuadere le inferme di seguire sistematicamente la cura prescritta mentre stanno nella propria casa, circondate dalle occupazioni domestiche e legate alle abitudini di tanti anni, per questo motivo talvolta è necessario inviare le

inferme alle stazioni di bagni acciocchè possano trar profitto dei mezzi per guarire. Nella scelta di una stazione balneare bisogna tenere presenti in special modo lo stato ed i bisogni dell'ammalata. Le flessioni recenti dell'utero, mentre l'organo è ancora molle, possono migliorare molto e la leucorrea talvolta guarisce con un corso di bagni; ma quando la leucorrea dipende da una flessione cronica non si può trarre che un temporaneo vantaggio se non si adottano anche altri mezzi curativi.

Bagni. — Questi sono efficacissimi agenti terapeutici nella cura dei casi di leucorrea dipendenti da cause costituzionali. Il bagno ha l'effetto di richiamare il sangue alla superficie cutanea e così fa diminuire la congestione degli organi interni che in questi casi per lo più non manca. Bisogna tener presente lo stato dell' inferma nella scelta della forma del bagno. Il più semplice bagno è quello « colla spugna » per mezzo della quale l' inferma bagna tutto il corpo sera e mattina con acqua calda o tepida; si asciuga poi la pelle fregandola con una tovaglia ruvida e per alcuni minuti dopo asciugata si continuano le frizioni. Alle donne che non sono robuste non è da raccomandare l'uso dei bagni freddi. Dopo i bagni generali, vengono i semicupî, che possono essere di acqua pura, salina o medicata. Se il semicupio è medicato allo scopo di avere l'azione di un liquido nell' interno della vagina, fa d'uopo procurare la sua penetrazione in questo canale. Varii mezzi si raccomandano con questo intento; uno specolo corto di media grandezza, modello Ferguson si può usare con vantaggio. È, però, molto utile il semplice semicupio. Dopo il bagno si deve strofinare la pelle allo stesso modo che si tiene dopo il bagno colla spugna. I semicupii ed i bagni colla spugna soli o insieme si possono usare in tutti i casi ma colle debite precauzioni, qualunque possa essere lo stato di debilitamento dell'ammalata. È necessario che dopo il bagno abbia luogo la cosiddetta « reazione » altrimenti fa male e l'inferma avrà dolor di capo o altri disturbi per alcune ore. Vi sono alcuni casi che si giovano moltissimo del bagno caldo per immersione completa. Così è utilissimo il bagno caldo nei casi di leucorrea che per la gravezza dei sintomi e la repentina loro manifestazione si possono chiamare *acuti*.

Iniezioni. — Fatte con giudizio, le iniezioni sono di grandissima efficacia nella cura della leucorrea. In molti casi hanno un effetto radicale, sono sempre di una certa utilità e talvolta sono quasi indispensabili. Ma non è men vero che la leucorrea spesso può guarire senza ricorrere affatto alle iniezioni.

La prima cosa a cui bisogna badare nel far le iniezioni è la forma dello strumento che si usa. Nella maggior parte dei casi è una cosa inutile l' uso di una piccola siringa. È necessario un apparecchio per mezzo del quale si può spingere una grande quantità di

liquido nella vagina ed ottenerne la penetrazione nel collo dell'utero. Bisogna introdurre primieramente nella vagina, fino a che raggiunge la bocca dell'utero, un grosso tubo di gomma elastica, più lungo un poco dello specolo, perforato all'estremità da cinque o sei fori abbastanza larghi; poi si congiungerà l'estremità inferiore del tubo col tubo dell'apparecchio per le iniezioni, che è di varie forme. È buono quello di Higginson o di Kennedy. Io, però, ho visto che è difficilissimo indurre le ammalate, massime se deboli, ed usare qualunque strumento che richiede l'applicazione di una forza manuale, benchè leggiera, per un tempo lungo abbastanza da ottenere gli effetti voluti; oltre a ciò, la quantità del liquido che si può consumare ciascuna volta è troppo scarsa. È necessaria una specie d' irrigazione continua del collo dell'utero e questa non si ottiene cogli ordinarii apparecchi, salvo che non si vada incontro ad eccessiva molestia e disturbo. Per ovviare a questo inconveniente ho fatto costruire uno strumento molto semplice ed efficace con cui l'ammalata può avere il beneficio dell'irrigazione della parte vaginale dell'utero durante alcuni minuti e senza bisogno di sforzi manuali, di qualsiasi genere, come quello richiesto per spingere l'acqua con uno stantuffo. Un serbatoio di gomma elastica, capace di circa cinque litri d'acqua, porta annesso un lungo tubo flessibile che finisce con un pezzo vagi-

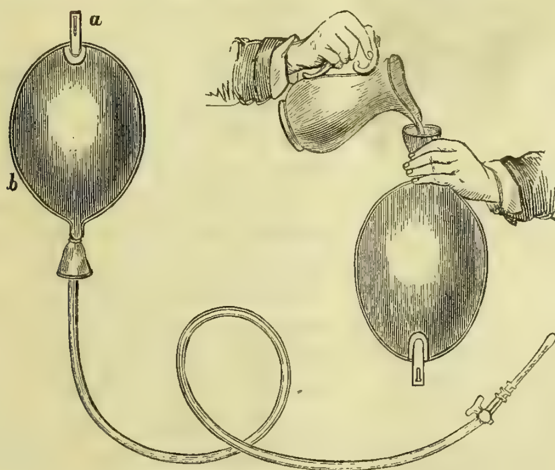


Fig. 150 [1].

nale. Il recipiente pieno di acqua si appende ad un livello più alto della inferma, o si poggia sovra un mobile che sia un poco più alto di

[1] La *Doccia uterina*, costruita secondo la descrizione sopra data, trovasi presso i Signori Savory e Moore, New Bord Street.

questa. L'acqua discende per la semplice azione della gravità; la rapidità delle corrente è regolata da una semplice chiavetta situata nel punto ove comincia il pezzo vaginale del tubo e l'acqua passa fino a che non è vuotato il recipiente. Questo apparecchio presenta il vantaggio di essere molto portatile e semplice. Questa doccia, sarebbe inutile dirlo, si deve usare con i debiti riguardi quando si sospetta che vi sia gravidanza.

[Identico a quello di Graily Hewitt, quanto al principio su cui è costruito, è l'apparecchio che ha fatto fare il mio amico Prof. Vittorelli e che trovasi presso Galante e Pivetta, Via S. Giacomo N.° 2; però, invece del recipiente di gomma elastica, la quale sempre si guasta e se non se ne ha cura si fende facilmente, ve n'è uno di latta verniciata come si vede nella figura VI. A. Al tuto B si possono inserire a volontà il pezzo G, che porta un'estremità grossa con parecchi fori, o il pezzo D con estremità affilata ed un sol foro. Questo apparecchio è più economico, leggiero, ha gli stessi vantaggi di quello di Graily Hewitt e non è soggetto a guastarsi.]

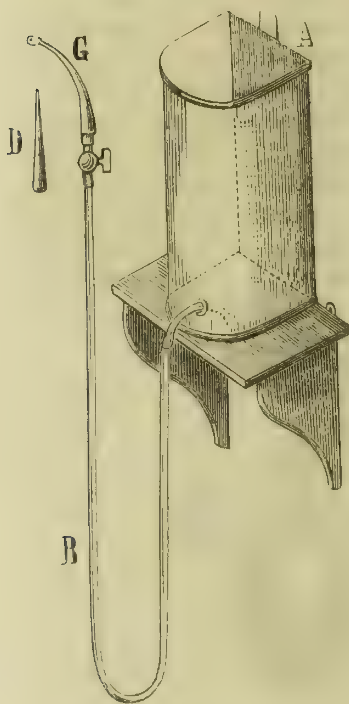


Fig. VI.

Occupiamoci ora della natura del liquido che bisogna iniettare. Grandissimo beneficio si ricaverà dall'uso dell'acqua ove se ne consumi una sufficiente quantità in ciascuna iniezione. Per molti motivi, fra cui non è l'ultimo quello che è sempre sotto mano e non richiede nessuna preparazione o preoccupazione per parte dell' inferma, è bene usare l'acqua sola. Nelle precedenti edizioni di questo libro ho raccomandato l'uso dell'acqua fredda nei casi ordinarii, ma una più larga esperienza mi ha persuaso che talvolta possono risultare effetti nocivi dall' uso di acque totalmente fredda, e, tranne in casi eccezionali, credo che l'acqua a 28° C. od a 32° C. sia da preferire (veggasi anche il capitolo sulla «Congestione dell'utero»).

Svariate sostanze si usano mescolate all'acqua per le iniezioni *medicate*. La maggior parte di esse si ritengono benefiche per la loro virtù astringente. Lo allume, il solfato di zinco, il nitrato di argento, il decotto di corteccia di quercia, o il tannino, sono i rimedii più comunemente adoperati. Una combinazione di tannino ed allume (4-8

gr. di tannino con 16 di allume per un litro di acqua) raccomandata, da parecchi eminenti scrittori, l'ho trovata utilissima. Sempre che si usano le iniezioni medicate è bene adoperare prima una semplice iniezione di acqua e poi iniettare il liquido medicato. Frequentemente è necessario, nei casi ostinati, di cangiare iniezione di tratto in tratto. Lo stesso rimedio dopo pochi giorni che si usa perde efficacia.

Pessarii medicati. — Questi si preparano con burro di cacao, hanno la forma di una palla da fucile e contengono varie sostanze astringenti e caustiche in conveniente quantità. Dopo raffreddati sono solidi e con facilità si applicano in posizione opportuna alla bocca dell'utero. Il calore del corpo fa liquefare subito il pessario e sprigionansi i suoi elementi medicamentosi.

Nei casi ostinati di leucorrea talvolta si applicano vescicanti alla regione lombare o sacrale.

Le iniezioni medicate son di quando in quando necessarie per evitare il cattivo odore dello scolo che può esservi, come nei casi di cancro, di vegetazione a cavolo fiore della bocca dell' utero , ecc. Allora gli antisettici come la tintura di iodo allungata, la tintura di ferro, il percloruro di ferro con glicerina, il cloralio, ecc., applicati con piumacciuoli di bombagia o di filaccia, sono utilissimi.

Quando lo scolo è acre e produce irritazione sulle parti esterne è necessario ordinare abluzioni frequenti con acqua tiepida. Una lavanda contenente un poco di carbonato o di biborato di soda in soluzione allora è talvolta utile.

Rimedii interni. — Lo scopo con cui diamo i rimedii interni nella leucorrea ordinariamente è di combattere il disturbo generale, qualunque possa essere, che si osserva. Possono essere necessarii i purganti per regolare l'azione delle intestina, massime a principio, e dei purganti è meglio dare piccole dosi spesso ripetute che grandi dosi a lunghi intervalli. Quando l'inferma è clorotica si può dare l'aloe, ma in altri casi si deve evitare. La debolezza con cui si accompagna la leucorrea nella maggior parte dei casi, richiede l'uso di rimedii tonici, fra i quali il migliore è senza dubbio il ferro: l'efficacia di questo è meno probabile che dipenda dalla forma speciale sotto cui si amministra che dall'opportunità di darlo presentata dal caso. Alcuni agenti terapeutici, come il cubebe, il copaive, ecc. sono stati raccomandati contro la leucorrea perchè hanno l'azione speciale di far diminuire le secrezioni delle superficie mucose. L'ergotina ha, per quanto io so, maggior fama. Io l'ho usata quando l'utero era floscio, congesto, col doppio scopo di far diminuire la profusa mestruazione e la leucorrea talvolta concomitanti. Per lo più non possiamo sperare grandi effetti specifici dai rimedii interni nei casi di leucorrea. Gli stimolanti sono necessarii molto spesso nella cura dei casi cronici di leucorrea accompagnati da debolezza e da prostrazione; alcune

volte sono da ritenere tanto essenziali quanto i buoni alimenti. Lo stimolante che si sceglie deve essere conveniente per l'inferma. Gli stimolanti son da proibire quando l'ammalata è pletorica e quando i visceri pelvici ed addominali, sono carichi di sangue, e la quantità deve essere determinata con precisione e sorvegliata, badando a diminuire la dose se l'inferma è robusta. La leucorrea endemica delle province paludose si cura bene colla china, col vino, col gin, col tè e col caffè.

Schönbein ed Aran hanno raccomandato i clisteri contenenti aloe sospeso in mucilaggine o in acqua saponata per combattere la leucorrea cronica. I clisteri si devono fare ogni giorno o uno si ed uno no, dopo di aver prima pulito il retto con acqua semplice. Questo rimedio si deve usare con precauzione. Possiamo far quì notare che l' aloe costituiva uno dei principali ingredienti delle celebri pillole di Stahl, che avevano gran voga molti anni dietro contro la leucorrea [1].

La cura della leucorrea dipendente da alterazioni locali di vario genere implica necessariamente l'allontanamento della causa speciale. Sempre che la leucorrea dipende da un insufficiente scolo della cavità uterina, il principale obbietto deve essere di facilitare l'uscita dei liquidi dall'utero (veggasi « Cura delle Flessioni »). I casi di questo genere, che finora si sono indicati col nome di « endometrite » sono stati spesso curati colle applicazioni di rimedii nell'interno della cavità uterina. Così il Dr. Playfair, il quale si è occupato molto di questo argomento, raccomanda l'applicazione di varie sostanze caustiche e semicaustiche nell'interno dell'utero per mezzo di una tenta speciale intorno a cui si avvolge della bambagia carica del medicamento scelto.



Fig. 151 [2].

Si netta prima la parte interna dell'utero con bambagia avvolta intorno alla tenta e poi allo stesso modo si applica il liquido stabilito. Il Dr. Playfair preferisce o la tintura di iodo o parti eguali di acido fenico cristallizzato e glicerina [3].

---

[1] Veggasi l'opera del Dr. D. D. Davis, vol. i p. 367.

[2] La fig. 151 rappresenta la tenta di Playfair, che è di metallo flessibile. Si può fissare ad un manico di legno abbastanza lungo per usarla attraverso lo specolo.

[3] Meeting of British Medical Association, Cork. *Brit. Med Journ.* March. 1880.

[Il Malachia de Cristoforis ha usato, nei cosiddetti casi di endometrite cronica, in cui vi ha ipertrofia dei follicoli mucipari della superficie interna ed esterna del collo dell'utero, il iodoformio, che ne produce una riduzione e fa cicatrizzare le erosioni ed esulcerazioni concomitanti. Io, in cinque casi di questo genere, ho voluto seguire la pratica del de Cristoforis e ne ho avuto splendidi risultati costantemente, perciò credo di far bene riportando la figura dello strumento ideato da questo ginecologo e descrivendolo. È un tubo C (Fig. VII) di metallo con un padiglione per prenderlo p. Esso è lungo 25 centimetri; ed all'estremità opposta al padiglione, per la lunghezza di 5 centimetri, è leggermente incurvato, per adattarsi alla flessione naturale del canale cervicale, e lungo i lati *a*,*b* è fenduto. Lungo tutto il tubo scorre un'asta A, che porta un bottone di arresto *c*, nella sua estremità inferiore. Quest' asta è cilindrica e rigida per 16 centimetri ed appiattita e flessibile come un sottil nastro dal punto *e* fino all'estremità, cioè per sei centimetri, sicchè quando arriva nella porzione curva del tubo C possa penetrarvi ed adattarvisi. Il punto estremo di questo tratto flessibile dell' asta A porta un rigonfiamento grande quanto basta a riempire il lume del tubo C.

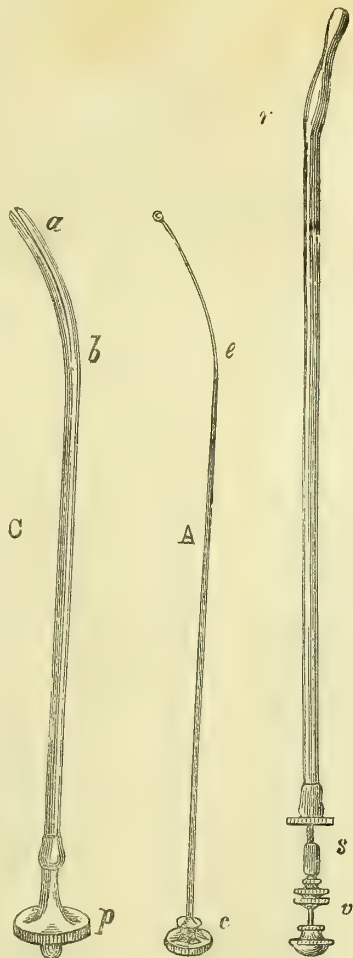


Fig. VII. Fig. VIII.

Per adoperare lo strumento s' immerge la parte curva e fenduta del tubo C in una boccetta piena di iodoformio, tenendo tirata in dietro del punto *b* l'asta rigida A. Caricato così di polvere lo strumento s'introduce nella cavità uterina, anche senza applicar prima lo specolo, sulla semplice guida del dito indice della mano sinistra, e poi, spingendo rapidamente l'asta rigida, la polvere di iodoformio cade nella cavità uterina, in parte dall'apertura dell'estremità del tubo, in parte dalle fenditure laterali che si rendono più ampie durante il passaggio del bottone dell'asta A.

Il iodoformio, in questo modo, si può applicare anche nel giorno consecutivo a quello in cui è cessata la mestruazione. Il de Cristoforis ha fatto le medicature, senza inconvenienti, ogni 3 o 4 giorni ed anche ogni 2. Io, in un caso, le ho fatte quotidianamente per otto giorni, senza osservare nessun disturbo.

Una volta si usava spesso la medicatura della cavità uterina col nitrato di argento in forma solida. Oggi, che è meglio nota la causa della cosiddetta endometrite cronica, si usa molto di raro. Lo stesso de Cristoforis allo scopo di avere un'azione più prolungata del caustico sulla mucosa e più diffusa ha fatto costruire uno strumento speciale (Fig. VIII.) Ha la

forma di una sonda uterina, il suo diametro è di millimetri 3 $^{1}/_{2}$ e finisce con un padiglione da una parte e dall'altra con un'oliva; lo strumento è cavo ed il diametro del lume è millimetri 2 $^{1}/_{2}$. Alla distanza di centimetri 5 $^{1}/_{2}$ dalla estremità uterina vi à una protuberanza *r*. Dentro a questo strumento scorre uno stiletto *s* il quale si può fissare al padiglione con un meccanismo di vite *v*. Si retrae lo stiletto di uno o due centimetri, secondo la lunghezza del cilindretto di nitrato di argento che si vuole abbandonare dentro l'utero e che s'introduce, spezzato in varie parti, dall'apertura della estremità uterina dello strumento. Preparato così lo strumento s'introduce nell'utero fino al punto protuberante *r*: allora, spingendo lo stiletto, i varii pezzetti di nitrato di argento cadranno nell'utero. Imprimendo, durante questa manovra, movimenti di lateralità al padiglione dello strumento, i varii pezzetti cadranno in diversi punti della cavità uterina.

A questa medicatura tengono dietro, ordinariamente, dolori di natura espulsiva, di cui è bene prevenire l'inferma.]

CAPITOLO XXXVI.

ALTERAZIONI NERVOSE RIFERIBILI ALL'UTERO. — ISTERONEVROSI. — CONSIDERAZIONI GENERALI.

Particolarità relative ai rapporti nervosi dell'utero — Eccitabilità riflessa dell'utero — Opinione generale sulle cosìddette malattie isteriche — Questione relativa alla loro origine « Centrale » o « Periferica » — Argomenti favorevoli all'origine nell'utero — Enumerazione delle principali isteronevrosi. Nausea e vomito; Isterismo ed istero-epilessia; disturbi mentali riflessi; Cefalalgia.

L'utero è un organo che ha speciali rapporti col sistema nervoso. Comparativamente ha poca suscettività nervosa di una specie, ma ne ha molta di un'altra. L'utero sano è pochissimo sensibile al tatto e quasi ogni sua parte accessibile può essere toccata senza dare origine a sensazione *quando l'organo non è passionato da malattia.* Ma l'utero è un organo sensibilissimo sotto l'aspetto della eccitabilità riflessa. I disordini prodotti a causa di questa eccitabilità riflessa dell'utero costituiscono un'importantissima classe di malattie ed hanno sempre richiamato molta attenzione. Una volta la parola « isteria » si usava ad indicarli, denotando con questo nome anche la loro origine; parola che molti scrittori moderni, secondo me con grandissimo errore, sembra che vogliano smettere totalmente.

Nei disturbi isterici dobbiamo considerare due elementi:

1. Lo stato dei centri nervosi.

   a Semplicemente un'impressionabilità esagerata.

      A. Per emozione.

      B. Per accentuate influenze alteranti riflesse.

   b. Una malattia reale.

2. Una speciale irritazione periferica eccitamento riflesso.)

   a. Nell'utero.

   b. Nell'ovaia.

   c. Altrove.

I fenomeni che accompagnano l'isteria, usando questa parola nel

suo più largo significato, alterano più o meno tutto il meccanismo del corpo, i muscoli degli arti e del tronco, i muscoli involontarii, lo stomaco ed altri organi, come fanno altri disturbi generali di sensibilità di varie parti, i quali tutti producono l'effetto che i centri nervosi i quali debbono regolare la complicata macchina dell'organismo sono alterati. Le due teorie dell'origine « centrale » e della « periferica » dell'isteria o dei disturbi « isterici » non si escludono assolutamente come apparirà leggendo il sopra scritto prospetto delle possibili condizioni presenti quando si osservano fenomeni isterici. È probabile che lo stato degli organi centrali sia in realtà il più importante fra i due e che i fenomeni isterici abbiano luogo solamente quando gli organi centrali sono anormalmente impressionabili. In un dato senso della parola si può dire, perciò, che sono ammalati. Ma noi dobbiamo andare oltre ed ammettendo la presenza di uno stato « morboso » dei centri nervosi, dobbiamo spiegare l'alternato apparire e sparire dei fenomeni isterici nello stesso individuo. A spiegare ciò è necessario ritenere o 1) che gli organi centrali patiscano cangiamenti in varie epoche, o 2) che si agisca sovra essi dall'esterno per la via dei nervi distribuiti ad altri organi del corpo. In altre parole vi ha 1) un disturbo di origine centrale, o 2) un'azione irritante periferica che dà origine alle manifestazioni di cui parliamo.

Le mie osservazioni mi portano a concludere che nell'isteria e nelle alterazioni isteriche abbiamo per la maggior parte ciò che dai tempi di Marshall Hall chiamavansi sintomi « riflessi » sorti per un disturbo o irritazione che agiscono *primariamente* non sul sistema nervoso cautrale ma alla periferia, essendo molte volte straordinariamente impressionabile il sistema nervoso centrale e perciò più facilmente soggetto a subire l'influenza degli agenti riflessi di disturbo. In certi casi l'alterazione può manifestarsi per emozione.

Da lungo tempo è stata opinione di coloro che hanno fatto obbietto dei loro studii speciale le malattie degli organi della generazione, sin da Ippocrate, che l'irritazione di questi organi abbia una parte importantissima nella produzione dell'isteria ».

Fin oggi lo stato delle conoscenze riguardo alle malattie degli organi della generazione delle donne non ha progredito tanto da autorizzare i ginecologi a stabilire con precisione il *modus operandi* e l'esatta natura dell'irritazione degli organi generativi femminili che è capace di produrre fenomeni isterici e da ciò l'asserzione dei ginecologi secondo i quali non è vera l'origine di essi negli organi sessuali. Il fatto che attacchi simili a quelli osservati nelle donne possono presentarsi nel sesso maschile è stato messo a base del ragionamento secondo cui gli organi femminili della generazione non hanno nulla di comune coll'isteria. Questa, però, non è una conclusione ragionevole. È ben noto che le convulsioni, per esempio,

possono sorgere in varii modi; gli organi nervosi centrali forse non sono molto diversi nei due sessi. Non vi ha nulla di straordinario nel fatto che le convulsioni o i movimenti spasmodici si osservino in ambo i sessi, essendo questi tanto simili da potersi appena differenziare. Ma ciò non significa nulla quanto alla causa che eccita gli attacchi di cui ci occupiamo, nè rende impossibile che l'utero o le ovaie possano essere la sede della causa di questi attacchi quando si osservano in donne. Tenendo presente il predominio dell'elemento nervoso, causa di emozioni, nelle donne, non che le particolarità degli organi sessuali femminili è logico che l'irritazione di questi, nei due sessi, provocherà più facilmente disturbi negli organi nervosi centrali della donna che in quelli dell'uomo. Vi ha un parallelismo nei due sessi quanto alla capacità dell'irritazione degli organi sessuali a produrre disturbi centrali ben noti da lungo tempo, ma la donna ha più organi dell'uomo. Si può ritenere che il testicolo e le ovaie si equilibrino, per dir così, ma la donna ha un organo di più, l'utero, per il quale non vi è un equivalente nell'uomo, almeno della stessa importanza.

Nella precedente edizione di questa opera (1872) ho descritto, nel capitolo sui « Disturbi nervosi riferibili all'utero », l'isteria, le convulsioni epilettiformi, la nausea ed il vomito, come sintomi dipendenti da irritazione riflessa il cui punto di partenza è nell'utero. Da quell'epoca fin oggi altre osservazioni mi hanno messo in grado di accertare in molti casi la verità della teoria espressa nella suddetta edizione. Anche altri osservatori hanno lavorato nello stesso senso. Il Dr. Engelmann ha pubblicato un importantissimo lavoro dal titolo « *On Hystero-neuroses* » [1] il quale nome si adatta molto bene a classificare quelle affezioni in cui l'utero ha un'importante influenza. In questo lavoro egli descrive una *serie* di disturbi riflessi del cervello, dell'occhio, della faringe, della laringe, dei bronchi, delle mammelle, delle articolazioni, dello stomaco e la isteronevrosi della gravidanza. Il Dr. Engelmann attribuisce certi casi di epilessia ad irritazione riflessa che parte dall'utero, ma non attribuisce alla stessa causa, in modo evidente, i fenomeni delle convulsioni isteriche. Sotto questo aspetto il Dr. Engelmann non ha battuto la stessa mia via. Ma circa l'isteronevrosi dello stomaco che dà origine al vomito, l'opinione del Dr. Engelmann sembra che concordi colla mia e riferisce molti casi per mostrare il rapporto fra l'irritazione uterina e la presenza di un grave vomito: non solo da questo lato ma anche rispetto al vomito della gravidanza le sue osservazioni confermano singolarmente quelle pubblicate da me alcuni anni dietro.

[1] *Amer. Gynæc. Trans.* vol. ii. 1878.

La parola «isteronevrosi», usata dal Dr. Engelmann, mi sembra ottima.

La relazione precisa che passa fra l'utero e le ovaie, considerati come elementi di disturbo, è ancora materia di discussione. La conclusione a cui io sono giunto, studiando i varii fatti, è che nella maggior parte dei casi l'utero è la causa del disturbo riflesso. Non tutti gli osservatori, però , sono giunti alla stessa conclusione, ed infatti la causa delle cosiddette affezioni isteriche recentemente è stata attribuita, in modo assoluto, alle ovaie dal più moderno scrittore su questo argomento, dal Professore Charcot, le cui ricerche sull'isteria e sull'istero-epilessia hanno giustamente richiamato tanta attenzione. Charcot adotta l'opinione di Negrier, che le ovaie sieno la causa dei fenomeni convulsivi di cui ora parliamo.

Le nevrosi, effetti riflessi di irritazione uterina, mi sembrano numerose. Eccole enumerate in ordine di frequenza:

Nausea e vomito.
Attacchi isterici e cosiddette « sensazioni isteriche ».
Istero-epilessia.
Disturbi mentali riflessi.
Cefalalgia.

CAPITOLO XXXVII.

ISTERONEVROSI (*continuazione*) — NAUSEA ISTERICA E VOMITO DIPENDENTI DA IRRITAZIONE UTERINA RIFLFSSA.

La nausea ed il vomito sono sintomi molto comuni nei casi di malattia uterina — Trattasi di un isteronevrosi riflessa — Frequente concomitanza colla flessione dell'utero — Varii stati di mollezza o di durezza dell'utero flesso — Varii gradi di gravezza della nausea—Casi dimostrativi—Opinione di Engelmann.
CURA.

È un fatto indiscutibile che la nausea ed il vomito sono comunissimi quando vi ha una malattia dell'utero. Di ciò io mi sono convinto dietro molti anni di scrupolose osservazioni. Il disturbo dello stomaco sembra che sia di origine riflessa e che mova dall'utero quando è in uno stato patologico. Non vi ha dubbio che la malattia delle ovaie può anche dare origine a nausea e vomito riflessi, ma le mie osservazioni mi portano a concludere che all'utero fa d'uopo riferire, nella maggior parte dei casi, questo molesto disturbo riflesso. È cosa molto rara che s' incontri un caso di flessione grave dell'utero che non sia accompagnato da questa irritazione o nausea riflessa, come che in questa affezione di quando in quando manchino la nausea o il vomito. Questa nausea e questo vomito riflessi possono essere leggerissimi o della più grave natura e frequenti. Fra i sintomi riflessi (isteronevrosi) che possono essere prodotti da malattia uterina è di gran lunga il più comune, giacchè si presentano molto più di raro i fenomeni isterici riflessi. Questa nausea e questo vomito riflessi sono fra i più comuni sintomi osservati nei casi di malattia uterina (veggasi il capitolo sulla «Sintomatologia dell'utero»).

Tenendo d' innanzi la grandissima frequenza con cui realmente si mostrano la nausea ed il vomito, sorprende che non si sia detto di più intorno a questi disturbi gastrici che hanno rapporto colla presenza di una malattia uterina. Nella precedente edizione di questo libro ho richiamato in un modo speciale l'attenzione su questo importante argomento. Il Dr. Engelmann [1] di St. Louis, più di re-

[1] On «Hystero-neuroses», *Amer. Gynæc. Trans.* vol. ii. 1878.

cente ha pubblicato alcune giuste osservazioni a questo proposito, che sono in pieno accordo colle mie conclusioni.

La malattia che più specialmente sembra cagionare questo disturbo gastrico riflesso è la flessione dell'utero. La verità di questa asserzione mi si è resa evidente in un infinito numero di casi per il notevole miglioramento della nausea e del vomito ottenuto curando direttamente la contemporanea flessione dell'utero. Questi risultati furono così uniformi, essendo rarissimi i casi in cui così non si ottenne un considerevole miglioramento, da confermare in modo splendidissimo ciò che sopra ho detto.

Nella precedente edizione di questo libro (1872) trovasi il seguente paragrafo:

« *Rapporto fra la nausea ed il vomito e la malattia dell'utero.*— Durante molti anni ho attentamente e rigorosamente analizzato casi di malattia uterina che mi son capitati, collo scopo di stabilire un rapporto definito fra i sintomi e le alterazioni o lesioni presenti. La nausea ed il vomito accompagnano tanto spesso le malattie dell'utero che per necessità si debbono osservare sovente. I fatti che mi si son presentati mi hanno fatto stabilire un nesso molto intimo fra la nausea ed il vomito e le flessioni dell'utero. Questo nesso l'ho ripetutamente osservato ed infatti la nausea ed il vomito sono piuttosto sintomi comuni nei casi di flessione dell'utero non gravido, benchè non ogni caso di flessione sia accompagnato da nausea e da vomito. Sforzandomi di stabilire il rapporto fra le flessioni ed il vomito e la nausea sono giunto a concludere, dietro un'analisi dei fatti, che tale rapporto si osserva più probabilmente nei casi in cui la flessione produce ritenzione dei prodotti segregati dall'organo, come nella dismenorrea, nella quale il sangue mestruale non vien fuori facilmente, a causa del restringimento nel punto della flessione dell'utero, ed in certi altri casi in cui la flessione è grave, indipendentemente dalla ritenzione del liquido nell'utero. Sicchè la sola flessione grave o congiunta a ritenzione di liquidi nell'utero, mi è sembrato che sia senza dubbio ed in un modo evidente la causa o il fatto concomitante essenziale della nausea e del vomito che si osservano nelle donne non gravide. La bocca ed il collo dell'utero non di raro, in questo stato, sono turgidi, congesti ed in altro modo alterati. La pienezza, la congestione o la cosiddetta infiammazione della bocca e del collo dell'utero sono stati osservati dagli scrittori precedenti e si sono ritenuti causa di questo sintoma. Ciò facilmente si conforma alla mia opinione, ma io vado avanti, cioè la congestione (nella maggior parte dei casi) è realmente consecutiva alla lesione più importante, cioè all'alterazione di forma (flessione) dell'utero ».

Sono passati undici anni o più da che ho conosciuto il rapporto importante che passa fra il vomito e le flessioni dell'utero e da quel

tempo ho avuto molte occasioni per accertare l'esattezza di questa conclusione. Infatti, io osservo questo sintoma tanto spesso nei casi di flessione dell'utero che lo ritengo quasi come una parte delle malattie. Le flessioni non producono nausea e vomito costantemente ma si può affermare, come regola la quale ha poche eccezioni, che quando un'inferma, che presenta altri sintomi uterini, va soggetta a nausea o a vomito di tratto in tratto, si può risolutamente predire che la nausea ed il vomito dipendono da flessione dell'utero. Quando il vomito è ostinato e di lunga durata la predizione può essere fatta con maggior certezza. Io molte volte ho veduto inferme le quali erano state credute sofferenti di malattia cronica dello stomaco, a causa di una nausea o di un vomito persistenti, e le quali fu dimostrato a chiare note che soffrivano per una malattia dell'utero. Nel corso della mia pratica ho visto quindici o venti casi in cui il vomito di lunga durata dovuto a flessione uterina avea tanto spaventevolmente prostrato i poteri vitali, per l'inanizione prodotta, che sembrava quasi impossibile la guarigione, ed anche nei peggiori di questi casi i sintomi cessarono quasi immediatamente quando fu allontanata la causa dell'irritazione.

In moltissimi casi il disturbo dello stomaco è meno grave, ma è ancora un affar serio ed in un numero di casi maggiore è un sintoma occasionale, l'inferma ritiene di essere soltanto *biliosa* e non comprende che questo supposto stato bilioso è in realtà cagionato dall'utero. In non pochi casi la nausea si osserva solamente nei periodi mestruali: talvolta è così grave in queste epoche che l'inferma è letteralmente *fuori combattimento* per uno o due giorni a causa della sua intensità.

Si osserva costantemente che questi sintomi si aggravano coi movimenti o facendo qualunque sforzo: anche il sedere a tavola per mangiare è spesso sufficiente a produrre nausea o vomito e le inferme sono obbligate ad alzarsi o di sospendere il pranzo. Questo è un effetto meccanico della posizione del corpo, che, aggravando la flessione momentaneamente, produce il vomito. Questa specie di vomito ha effetti più perniciosi, giacchè il cibo introdotto nello stomaco è poco ed in ultimo si manifesta l'inanizione cronica.

Quando vi è antiflessione la posizione sdraiata dorsale calma il vomito. Ma quando l'utero è retroflesso questa posizione spesso l'aggrava. È ovvia la spiegazione di questo fatto.

Secondo la mia esperienza i casi di più difficile guarigione sono quelli in cui l'utero è estremamente molle e obbedisce alla forza di gravità facilissimamente. In alcuni di questi casi non è agevole mantenere l'utero in uno stato di reale riposo. Si raddrizza con facilità ma è difficile che il raddrizzamento si conservi. Tolta l'antiflessione ha luogo una leggiera retroflessione e *vice versa*. In tali casi

la manifestazione del vomito indica che la cura è insufficiente. Spesso ho avuto l'occasione di osservare ciò ed ho visto che la spiegazione di questo fatto è quella testè esposta.

Ma in molti dei casi gravi l'utero non è accentuatamente molle nell'epoca in cui l'inferma si fa osservare. Forse vi è stata una guarigione parziale ed essendo ritornata la possibilità di nutrirsi, l'utero si è fatto notevolmente resistente e rigido; infatti, in alcuni casi vi è una reale ipertrofia di porzioni dell'utero, per esempio delle labbra della sua bocca. Poi si aggrava la flessione se riappare il vomito con maggiore energia. In queste circostanze il miglioramento prodotto dal raddrizzamento dell'utero spesso è quasi miracoloso per la sua rapidità.

Il *modus operandi* della flessione nel produrre questo sintoma riflesso è una cosa di grande importanza. Mi sembra che dipenda dalla compressione dei nervi uterini, consecutiva a stringimento o retrazione di certe porzioni dei tessuti uterini. (Veggansi le osservazioni su questo argomento in un capitolo precedente a pag. 159). Un'attenta osservazione mi ha convinto che nella maggior parte dei casi l'irritazione ha il suo punto di partenza nel sito in cui la compressione è maggiore, cioè nell'angolo di flessione, giacchè spesso questa parte è *sensibile al tatto* in questi casi, ed il raddrizzamento fa cessare al tempo stesso il vomito e la straordinaria sensibilità al tatto.

Caso di vomito acuto prodotto da retroflessione dell'utero. — Alcuni anni dietro vidi una signora la quale soffriva di grave nausea e vomito. Per più di due settimane non aveva potuto prendere alimenti di sorta. Qualunque specie di cibo era immediatamente vomitata e l'eminente medico il quale l'aveva assistita mi espresse il timore di vederla perire per inanizione. Esaminandola si trovò una grave retroflessione dell'utero, evidentemente di antica data e che forse si era accentuata di più, acutamente, pochi mesi prima Non poteva essere più deplorevole lo stato in cui trovavasi ridotta l'inferma. Insieme alla cura diretta a correggere la forma dell'utero fu necessario sostenere la vita dando brodi molto concentrati alla dose di una cucchiata per volta ripetuta molto spesso. essendo questo il massimo che l'ammalata potette tollerare per un certo tempo dopo che cominciai a visitarla, quantunque il vomito migliorò sin dal momento dell'esecuzione della cura locale.

In questo caso, sempre che per varii motivi fu sospesa o ritardata la cura, e fu allontanato per un dato tempo lo strumento applicato sull'utero, invariabilmente si ripresentò il vomito.

Caso di vomito isterico acuto, della durata di dieci mesi, cagionato da spostamento dell'utero [1]. — Nel Dicembre 1879 fu accolta nella All Saints' Institution, Gower Street, una giovane signora di 20 anni. Ecco la sua storia: avea sempre avuto l'abitudine di fare molto moto, avea menato una

[1] Questo caso è riferito nelle *Trans. of the Clin. Soc*, vol. xiii. p. 346.

vita molto attiva, ma per alcuni anni non avea preso una tale quantità di cibo da potersi ritenere sufficiente; la causa di ciò era stata una svogliatezza a tutto e la convinzione dell'inferma che non aveva bisogno di molto alimento. Negli ultimi due o tre anni si era esercitata molto al giuoco della palla corda ed avea suonato l'armonio in un luogo dedicato al culto religioso La mestruazione non era stata mai regolare. Talvolta vi erano stati intervalli di due mesi, ma in certe epoche i periodi mestruali erano stati troppo frequenti e profusi. Negli ultimi dieci mesi non vi è stata affatto mestruazione, e da questo tempo è stata inferma.

Stato presente. — L'inferma è stata ammalata per dieci mesi. Dal Febbraio 1879 ha sofferto per un vomito ostinato, che, a principio non molto grave, a poco a poco peggiorò. Non ha potuto ritenere il cibo nello stomaco senza vomitare per tutto questo periodo. Di recente il suo male divenne più grave. Ora è stata un poco capace a ritenere solamente piccole quantità di koumiss per ogni volta, mentre la più piccola quantità di cibo solido era immediatamente vomitata. È dimagrita estremamente. Il suo peso un anno dietro era 140 libbre inglesi; ora dice che è soltanto 70 o 105 libbre. La sua debolezza è estrema, ha perduto il sonno e il suo stato generale è deplorevole. Qualunque tentativo di camminare e far moto ha prodotto un aggravamento dei sintomi. Per dieci mesi non vi è stata mestruazione, come abbiamo già notato sopra. Dal suo medico precedente si sospettò che vi fosse qualche spostamento uterino.

Stato dell' inferma quando entrò nella ALL SAINTS' INSTITUTION (19 *Dicembre*, 1879). — L'inferma ha continuamente disturbi di stomaco; pelle umida; cominciano le piaghe da decubito alla regione sacrale. L'intestino funziona bene; l'emissione dell'urina è frequente. Polso debolissimo. L'esame della pelvi e del suo contenuto mostrò che l'utero giaceva molto basso nella pelvi, era molto turgido ed in uno stato di acuta antiversione con considerevole antiflessione. La lunghezza dell'utero da un lato all'altro sembrava molto notevole a causa dell'ingorgo generale. Si concluse che il vomito dipendeva dallo stato dell'utero. Della causa dello spostameato e della distorsione l'inferma allora non fe' cenno; ma poche senttimane dopo disse che nel mese di Febbraio 1879 un giorno saltò dall'alto di alcune sedie in una scuola sul pavimento, cioè dall'altezza di sei piedi. Un'altra giovane signora che era con lei fece lo stesso salto. Amendue ne ebbero male. L'altra giovane signora guardò il letto per sei settimane, si sentì male, ed ebbe brivido. La nostra inferma non si curò degli effetti del salto e se ne era difatti scordata. Ma sembra che il mal di stomaco cominciasse appunto in quell'epoca e che vi sia poco a dubitare che il salto ne fosse la causa.

La cura adottata durante la prima seltimana fu la seguente: clisteri nutritivi di brodo concentrato, con una piccola quantità di brandy e poche gocce di laudano, tre volte al giorno. Per la bocca non fu permessa all'inferma che una piccola quantità di koumiss. Durante il giorno una volta ogni ora si facea mettere nella posizione delle ginocchia per due o tre minuti, allo scopo di sollevare l'utero dal suo basso livello. A principio della seconda settimana aveva migliorato molto; il vomito era diminuito, ma l'inferma era irritabilissima; affatto sonno, tranne per breve spazio di tempo; forte dolor di capo ed irrequietezza generale. Allora si usò per la prima volta la sonda uterina e per mezzo di essa fu sollevato l'utero e cangiata la posizione del fondo. L'effetto dell'uso della sonda fu a principio, per due giorni, di provocare il vomito fino ad un certo punto, ma poi si mitigò. Alla fine della seconda settimana il suo stato migliorò molto: ancora le si facevano clisteri

nutritivi, champagne gelata per bocca. L'essenza di carne di Brand, ed alcuni altri alimenti si cominciarono a concedere ma con non molto successo giacchè lo stomaco ancora vomitava la maggior parte di ciò che riceveva, tranne la champagne. Si rinunziò al koumiss durante la seconda settimana.

Quattordici giorni dopo la sua entrata si applicò un piccolo pessario di vulcanite e dopo di allora non ha avuto disturbi. Durante la terza settimana, lo stomaco cominciò a tollerare il cibo. A principio si dette a piccole dosi il peptone di Darby, mescolato ad un poco d'acqua, e ripetutamente. Dopo tre giorni, disgustandolo l'inferma, le si amministrò una zuppa fatta con sugo di carne arrostita da un confettiere, alla dose di uno, due o tre cucchiaiate alla volta; tre o quattro bicchieri di champagne al giorno e circa 45 grammi di brandy, questo nel clistere, non che piccole quantità di biscotto. Alla fine di questa terza settimana il vomito cessò del tutto. Durante la quarta settimana, il miglioramento fu molto notevole. L'inferma poteva mangiar carne in forma solida e si sospesero i clisteri. Ritornò il sonno ed un'assoluta tranquillità. Il polso, che quando entrò e durante le prime due settimane era sotto 50, risalì ad 80 battiti a minuto. Dopo la quarta settimana l'appetito dell'inferma divenne vorace. Sembrava impossibile soddisfarlo; qualunque cibo piaceva all'ammalata e quando avea compiuto un pasto già pensava bramosa al successivo. Sei settimane dopo la sua entrata le fu permesso di alzarsi e dopo un'altra settimana potette fare il giro della sua camera, un quarto d'ora la volta, senza averne cattivi effetti. Sette settimane dopo la sua entrata l'inferma era convalescente e nello stato di abbandonare l'INSTITUTION. Ella era meravigliosamente trasformata, le guance ben nutrite e più non le si vedevano le tracce della grave malattia. Mangiava tutto ed in copia. Aveva guadagnato 28 libbre in peso. Dopo sei altre settimane si mostrò la mestruazione e l'inferma tornò perfettamente guarita alla vita attiva.

Osservazioni. – Ecco, secondo me, come bisogna spiegare qnesto caso. L'inferma era in cattivo stato di nutrizione, debole, e malaticcia prima che cominciasse l'attuale infermità. Le irregolarità mestruali mostrano che l'utero era anche in uno stato patologico. È probabile che i tessuti di questo fossero molli, senza resistenza, e che fosse alquanto spostato e alterato nella forma prima che cominciasse la grave malattia. Il salto fatto nel Febbraio del 1879 forse produsse un repentino e considerevole spostamento del fondo dell'utero in basso ed in avanti, antiversione ed antiflessione acute; e da quel tempo fino all'epoca dell'ammissione all'INSTITUTION l'utero rimase spostato e distorto. Avvenne un'altra conseguenza, cioè una continua congestione ed ingorgo e successivo turgore dell'utero. La mestruazione così cessò Il vomito era un fenomeno riflesso dipendente completamente dall'irritazione dell'utero. Cessò del tutto quando l'utero riprese la sua forma e la sua posizione. Questo risultato si ottenne colla posizione dei gomiti e delle ginocchia, colla sonda e col pessario a sella. Non vi sarebbe stato nessun motivo a non usare il pessario a sella fin dal principio, ma si pensò meglio di adottare altri metodi per rialzare l'utero durante i primi quindici giorni.

Vomito per due anni, dipendente da antiflessione uterina. – Un altro caso fu quello di una giovane signora di 25 anni la quale era stata inviata al Dr. Wilson Fox come sofferente di ulcerazione dello stomaco. Il Dr. Wilson Fox sospettò che l'utero fosse alterato e così era col fatto. Questa inferma aveva sofferto per due anni un vomito quasi continuo e di quando in quando ematemesi. L'utero fu trovato molle, antiflesso (con rotazione posteriore). In breve tempo una cura conveniente fece cessare del tutto il vomito.

Vomito grave dipendente da antiflessione uterina. — Un'altro caso, quasi simile, mi fu del pari diretto dal Dr. Wilson Fox. L'inferma, una giovane signora, era ridotta ad una prostrazione estrema, tanto più che avea perduto ogni speranza di guarire, a causa di un'antiflessione dell'utero estremamente molle ed atonico. Anche questa signora guarì con una cura diretta a correggere la distorsione e lo spostamento dell'utero.

Il caso seguente è riferito da L. C. Parkes, M. B. il quale assistette l'inferma e fu presente alla sua cura.

Caso di antiflessione e vomito estremamente continuo. — Signorina W. di 25 anni. Quando era a scuola aveva pochissimo appetito e faceva il suo pasto principale nella seconda metà del giorno Aveva buona salute ed ebbe la mestruazione regolarmente ogni quattro settimane fino a poco più di tre anni dietro, nella quale epoca accompagnò una sorella minore a Davos Platz. Ivi ella rimase sette mesi. Narra che « durante questo periodo non ebbe mai mestruazione, perchè il freddo l'aveva arrestata ». Dopo il suo ritorno pochissime volte ebbe i catameni ed afferma che due volte mancarono per undici a sette mesi e che il liquido spesso era stato denso e granuloso. La Signorina W..., fu sotto le cure mediche per tre anni, meno un sol mese, a principio per ulceri alle gambe, che guarirono ma ripetutamente rompevansi poche settimane dopo guarite; avea quasi sempre male di stomaco, e frequenti attacchi di costipazione ostinata e di distensione timpanica dell'addome, i quali attacchi simulavano un'ostruzione intestinale e si ripetevano spesso, fino a che il medico li dichiarò isterici e consigliò di allontanarla dalla casa e farla curare in uno stabilimento, perciò fu ricevute nella ALL SAINTS' INSTITUTION il 10 Febbraio.

Prima di entrare la sua dietetica sembra che sia stata meschinissima per molti mesi, composta di carne o pesce una sola volta al giorno ed in piccolissime quantità. Durante un anno avea avuto sempre male dopo cessato di fare ciascun pasto. Queste sue sofferenze di stomaco manifestavansi cinque o dieci minuti dopo che avea mangiato. Ella afferma di avere avuto per lungo tempo un dolore costante al lato sinistro, che calmavasi colle iniezioni ipodermiche di morfina. Queste iniezioni durante l'ultimo anno furono fatte tre volte al giorno. Nell'autunno del 1881 per quattordici settimane le furono fatti clisteri nutritivi e nell'ultimo anno clisteri aperienti ogni giorno. Alcune volte avea preso alimento pancreatizzato e peptonizzato.

Stato dell'inferma quando entrò nell' INSTITUTION. — È pallida ed emaciata, il suo peso è di 94 libbre. Le mucose non sono molto anemiche; la lingua è molto rossa e pulita. Si lamenta di un dolore continuo al lato sinistro in alto ed all'anguinaia sinistra. Esaminandola si trovò l'utero notevolmente antiflesso e molto molle e floscio. Per i primi tre o quattro giorni dopo la sua entrata l'inferma mangiò senza inconvenienti, carne, vegetali, ecc. e da quando fu ricevuta si sospesero le iniezioni ipodermiche di morfina.

Il quinto giorno della sua entrata cominciò ad avere male di stomaco, da prima soltanto una o due volte al giorno.

Il 22 Febbraio fu applicato un pessario a sella N.° 1, alla quale applicazione tenne dietro un esagerato scolo muco-sanguinolento. Il male di stomaco gradatamente peggiorò, poichè era subito vomitata qualsiasi specie di cibo. A causa di ciò fu ridotta la dieta ad una cucchiaiata da tè di essenza di Brand ogni due ore e 62 grammi di brandy al giorno. Si facevano gene-

rose pennellazioni di tintura di iodo sull'addome ed ogni mattina le si faceva un clistere aperiente.

Al 25 Febbraio furono sospesi l'essenza di Brand e il brandy e si sostituirono i clisteri con brodo concentrato e brandy, ogni sei ore. Dopo due giorni di questa cura erano espulsi i liquidi iniettati inalterati quanto a colore ma puzzolenti, perciò si sospesero.

Il 27 Febbraio fu tolto il pessario. Le sofferenze di stomaco erano peggiorate se pur potevano peggiorare di più. L'inferma prende biscottini e champagne che in parte sono ritenuti. Il 23 s'introdusse la sonda e si raddrizzò l'utero.

1. Marzo. — Ai biscottini ed alla champagne si aggiungono le ostriche. Si tollerano bene. Vi è sempre la stessa quantità di scolo vaginale. 6 Marzo. — S'introduce un pessario a sella N.° 2. Il vomito continua quasi allo stesso modo di prima. Si riprendono i clisteri nutritivi, ma sono espulsi di nuovo inalterati. 8 Marzo. – L'inferma evidentemente va perdendo terreno e sembra più debole e più depressa. Il polso dà più di 100 battiti a minuto ed è compressibile. Qualunque alimento preso per la bocca è vomitato e le parti solide si depositano in fondo al liquido. Il suo stato è critico e desta molto allarme; si teme che non guarisca per l'estrema debolezza e prostrazione e per l'apparente mancanza dei poteri digestivi. 9 Marzo. — Prende gelatina di carne peptonizzata e latte, ma non li ritiene. Si fa ogni giorno un'iniezione ipodermica di un centigrammo e mezzo di morfina. Gli alimenti peptonizzati si sospendono.

Dopo questa epoca la Signorina W. cominciò a migliorare. Ritornò alla primitiva alimentazione di biscottini, ostriche e champagne che sembrava cagionassero i minori disturbi di stomaco. Il polso gradatamente divenne più forte e meno frequente e la lingua perdette a poco a poco il suo colore rosso vivo. Gradatamente si aggiunsero agli alimenti fette di pane abbrustolito e tè, prosciutto, pesce, pane e burro e si sospesero le ostriche e lo champagne. Il vomito lentamente divenne meno frequente e cessò del tutto prima della fine di Marzo. Alla metà di Aprile fu nel caso di abbandonare il letto e mettersi seduta e di mangiare pesce, carne, ecc. Il 1 Maggio cominciò la mestruazione ma durò un sol giorno, il dolore al fianco durava ancora ma molto meno forte di prima. Alla fine di Maggio la Signorina W. continuava a migliorare e si portò in un sito di mare. Il suo peso era allora di 114 libbre, perciò aveva guadagnato 22 libbre.

Il dolore costantemente sentito all'inguine destro in questo caso dipendeva dall'antiflessione dell'utero.

Questi son casi gravi tipici, ma se ne potrebbero citare molti altri in cui i sintomi erano meno gravi ed i risultati della cura anche sodisfacenti. Nella relazione di 67 casi di flessione uterina curati nella ALL SAINTS' INSTITUTION, durante sette anni, pubblicata nel vol. XXII delle » Obstetrical Transactions » ho registrato le particolarità relative a certi casi di questa specie.

Può essere utile citare qui alcune delle conclusioni a cui è giunto Engelmann [1] su questo argomento.

Engelmann ritiene che le affezioni dello stomaco sieno le più

[1] *Loc. cit.*

frequenti fra le isteronevrosi. Egli le divide in tre classi A) costanti ; B) mestruali ; C) dipendenti dalla gravidanza.

Quelle appartenenti alla classe A sono caratterizzate da pienezza alla regione epigastrica, da perdita di appetito, da nausea e da vomito. Egli dà tre casi di 1) retroversione, quando i sintomi si calmavano applicando il pessario di Hodge; 2) di chiusura valvolare della bocca interna, prodotta da un piccolo fibroma, con vomito ; 3) di vomito inguaribile ecc. per parecchi anni, cagionato da collo conico indurito con stenosi del canale, guarito coll'incisione e la dilatazione. (Forse era un caso di antiflessione. — G. H.)

Le isteronevrosi appartenenti alla classe B, in un quarto dei casi da lui osservati allo spedale erano caratterizzate da disturbo gastrico che stava in rapporto colla mestruazione. I sintomi erano accentuatissimi quando il periodo mestruale non era regolare o normale. «Fra sette casi della clientela privata di istero-nevrosi isterica mestruale dello stomaco, soltanto uno presentava grave malattia uterina ».

Nella classe C Engelmann mette la nausea, il vomito, la distensione epigastrica, ecc. che talvolta si osservano nella gravidanza fra le isteronevrosi.

Caso d'isteronevrosi simpatica dello stomaco (F. Formento. New Jork)[1] Era un caso di vomito incurabile e di convulsioni isteriche, che duravano da parecchi anni, cagionati da uno stato speciale della bocca dell'utero. L'inferma si era maritata a 21 anno. Aveva dismenorrea prima del matrimonio. Mancanza delle regole per tre mesi dopo il matrimonio. Nessuna gravidanza ma vomito qualche volta. Questo si aggravò e divenne quasi costante. Grande molestia epigastrica. Lo stato di nutrizione peggiorò molto ; estrema prostrazione ; prolungata anemia. Dopo pochi mesi, attacchi convulsivi, stato tetanico dei muscoli, talvolta uno stato catalettico, altre volte trisma, opistotono e questi attacchi si mostravano parecchie volte al mese. Inutili furono varii metodi di cura. La mestruazione continuava ma vi era dismenorrea. Esaminando l'inferma si trovò : collo conico duro, resistente al tatto, quasi fibroso, di colore rosso scuro e con superficie levigata, la bocca esterna tanto piccola da essere quasi invisibile, non permetteva la penetrazione della più piccola sonda ; l'utero avea volume e posizione normali.

Fu eseguita l'operazione di Sims. Il vomito cessò immediatamente. Tornarono le forze. Dopo dieci mesi ritornarono i sintomi. Si ripetette l'operazione, essendosi ristretta la bocca dell'utero e per alcuni mesi, una o due volte al mese, si usarono le spugne ed i dilatatori. Ritornarono i sintomi e si ripette una terza ed una quarta volta l'operazione. Guarirà un giorno completamente? domanda l'osservatore di questo caso.

Della *nausea e del vomito della gravidanza* si è parlato in un capitolo a parte (veggasi p. 314). Le opinioni ivi registrate sulla causa del vomito della gravidanza sono state suggerite dall'osservazione dei casi di vomito quando non vi ha gravidanza ; e si vedrà

[1] *Amer. Journ. Obst.* vol. X. p. 455.

che un attento studio dei fenomeni del vomito e della nausea nelle gravide e nelle non gravide rivela un'uniforme ed identica causa in ambo i casi.

CURA

Gli effetti della cura meccanica (nella quale s'intende che non sia assolutamente necessario l'uso di strumenti) nel calmare il vomito in questi casi sono notevolissimi. Nei casi più blandi la posizione orizzontale basta a procurare un miglioramento, ma se l'utero è molto flesso, non basta, giacchè alcuni casi richiedono la posizione dorsale (casi di antiflessione) ed altri quella prona (casi di retroflessione). Nei casi realmente gravi si trarrà poco beneficio dalla sola posizione orizzontale; sono necessarii la cura meccanica interna, l'uso dalla sonda, di pessarii adatti, ecc.; ed una cura di questo genere giudiziosamente scelta può dare notevolissimi beneficii, può cessare il vomito o migliorare rapidamente. La cura meccanica interna, però, non sempre riesce a principio. Il primo effetto di questa cura è talvolta di produrre un temporaneo aggravamento dei sintomi ed allora sembra che la cura sia peggio che inutile. Ma questo è soltanto un fatto temporaneo; subito le cose prendono un migliore andamento ed un notevole beneficio si manifesta, molto positivo ed incoraggiante. Questo transitorio cattivo effetto della cura fu osservato nel caso registrato a pag. 485 e l'inferma stava tanto male da far credere che sarebbe stata miglior cosa non far la cura. Non pertanto vi si perseverò, si ebbero i migliori risultati. Io non conosco che un sol caso in cui non si potette continuare la cura; si credette di aspettare per un certo tempo finchè lo stato dell'inferma non fosse più allarmante.

Nei casi in cui si pospone la restituzione dell'utero alla sua forma normale, o quando il vomito dipende da altre alterazioni uterine, bisogna ricorrere ai palliativi. È necessario sostenere principalmente le forze. Nei casi gravi, nei quali lo stomaco ostinatamente vomita il cibo il miglior partito è di smettere l'idea di dare cibi solidi di qualsiasi specie. Si daranno all'inferma pezzettini di ghiaccio da fare sciogliere in bocca di quando in quando ed una cucchiaiata da tè di latte o di latte ed acqua, ogni mezz'ora o più spesso se è possibile. Ogni ora si possono dare piccole quantità di brandy ed acqua o di champagne. Le medicine per bocca, nei casi realmente gravi, sembra che facciano più male che bene. Si sono sperimentati utilissimi un linimento oppiato strofinato sulla regione epigastrica o la morfina per via ipodermica. Se il latte od altra sostanza nutritiva, come il brodo concentrato, che si può tentare, sono vomitati è meglio di rinunziare per qualche tempo al proposito di nutrire l'ammalata per la bocca e ricorrere ai clisteri. Un clistere di brodo concentrato con poche gocce di laudano e due o tre cucchiaiate da tè di

brandy, si può fare con quella frequenza che si giudicherà necessaria, ritardando per un certo tempo il ritorno al modo di alimentazione naturale. I sedativi, gli antispasmodici o medicine di altro genere possono essere indicati o no, secondo le particolarità del caso, ma nei casi gravi è meglio amministrarli per la via del retto.

Nei casi meno gravi, in cui si può prendere il cibo per la bocca, con maggiore o minore facilità ed in cui il vomito è solamente accidentale, una dieta rigorosamente stabilita sarà il migliore mezzo per far migliorare l'inferma e sperimentando si determinerà la specie di alimento che si tollera meglio. La soda-water ed il latte molto generalmente sono tollerati dallo stomaco, ma si può dare un nutrimento più sostanzioso secondo che permetterà lo stato dell'inferma. Spesso è molto utile la pepsina quando i poteri digestivi sono molto indeboliti. Varie forme di cibo predigerito sono utili: i preparati peptonizzati del Dr. William Robert (di Manchester,) ecc. Le ostriche sono riuscite in un caso in cui non si era tollerata nessun'altra specie di cibo.

La controirritazione, i vescicanti all'epigastrio, sono stati molto raccomandati ed io stesso ne ho fatto uso con vantaggio. Ma da che io ho conosciuto il rapporto che passa fra la nausea ostinata ed il vomito e le flessioni, raramente ho avuto l'occasione di servirmi di questi o di altri mezzi palliativi, giacchè togliendo la flessione dell'utero si raggiungeva lo scopo.

CAPITOLO XXXVIII.

ISTERONEVROSI (*continuazione*). — ISTERIA, CONVULSIONI ISTERICHE, ISTEROEPILESSIA.

Isteria — Convulsioni isteriche — isteroepilessia. — Varii gradi d'isteria — Forme miti — Fenomeni osservati nel parossismo isterico semplice — Casi più gravi in cui si osservano le convulsioni — Carattere delle convulsioni — Diagnosi differenziale coll'epilessia — Isteroepilessia — Opinioni di Gowers e di Charcot — Osservazioni dell'Autore sull'etiologia dell'isteria e dell'isteroepilessia — Serie di diciotto casi che dimostrano il rapporto fra le flessioni dell'utero e gli attacchi d'isteria o d'isteroepilessia — Critica della opinione di Charcot sugli effetti della compressione delle ovaie — Conclusioni generali.
Cura.

I fenomeni dell'isteria, usando questa parola nel più ampio significato, si possono classificare nel modo seguente:

I. Uno stato di predisposizione all'isteria, rivelato dall'esagerata tendenza a subire emozioni; benessere che si modifica in generale, o è soggetto a modificarsi per l'influenza esagerata delle emozioni.

II. Parossismi isterici, ma senza convulsioni.

III. Attacchi isterici con manifeste convulsioni.

IV. Attacchi isterici strettamente connessi ad attacchi epilettici e descritti generalmente col nome di isteroepilessia.

V. Simulazione di altre malattie, per esempio articolari.

I. *Predisposizione isterica.* — Molti scrittori hanno fatto un'importante generalizzazione, cioè hanno detto che i fenomeni isterici si osservano più comunemente quando vi ha uno stato di «debolezza». La debolezza spesso è sinonima d'irritabilità, gl'individui deboli sono spesso « nervosi » in altri termini molto facilmente si eccitano e sono troppo impressionabili. L'aggettivo « isterico » spesso si usa come sinonimo di « debole ». Sembra però che sia un errore comune l'usare la parola «bizarro» nel descrivere alcuni di questi sintomi isterici.

Le inferme che hanno una predisposizione isterica possono non aver mai un reale attacco isterico se manca una decisa causa eccitante.

II. *Reali parossismi isterici senza convulsione.* — Il parossismo

isterico nella sua forma più semplice comunemente è annunziato da dolore e molestia nello ombelico o vicino a questo. Poi si manifesta la sensazione di qualche cosa che sale verso la gola, una sensazione di soffocazione, o di nodo alla gola — *globo isterico*. L'inferma prorompe subito a ridere, o a gridare o a singhiozzare e dopo si calma l'agitazione e ritorna la tranquillità con una sensazione di esaurimento. Colla fine del parossisma spesso ha luogo l'emissione di urina limpida.

Alcuni degli accidenti sopra descritti possono mancare.

III. *Attacchi isterici con convulsioni manifeste.* — In questa classe di casi i fenomeni sono molto accentuati. Abbiamo il semplice parossisma isterico e qualche cosa di più. L'inferma cade in uno stato di apparente incoscienza molto rapidamente ed è attaccata da convulsioni di non dubbia natura. Praticamente, a causa dell'intima relazione fra questa classe di casi e la seguente (N.° IV), bisogna occuparci di amendue insieme.

III. *e* IV. *Attacchi isterici con convulsioni ed isteroepilessia* (cosiddetta). — Le convulsioni epilettiche ed isteriche frequentemente si sono distinte le une dalle altre, ma sembra che, quantunque vi siano forme tipiche in un numero considerevole di casi, vi sieno inferme nelle quali i fenomeni osservati hanno note in parte di natura epilettica ed in parte di natura isterica.

Ecco un riassunto della descrizione data dal Dr. Gowers [1] nel suo trattato di recente dato a luce:

Nell'epilessia (*grand mal*) vi è perdita di coscienza, con convulsioni continue ed intermittenti, l'una e le altre o entrambe. Negli attacchi più leggieri (*petit mal*) vi ha ordinariamente una transitoria perdita di coscienza o con poche convulsioni o senza di queste.

« Il carattere degli attacchi isterici varia molto. Vi può essere semplicemente un disturbo leggiero morale e spasmodico, come comunemente s'intende col suo nome, e vi può essere il più grave e prolungato spasmo, apparentemente rivaleggiante con un forte attacco epilettico per la violenza delle contrazioni muscolari, accompagnato da alterazione, se non da reale perdita, della coscienza e spesso da accessi di delirio. Ma la principale parte dello spasmo muscolare che si osserva in questi attacchi differisce da quella di un ascesso epilettico, essendo tale da rassomigliare a quello che può essere prodotto dalla volontà. I movimenti convulsivi hanno perciò un aspetto quasi di movimenti volontarii, sono *coordinati*, benchè di alto grado. Nel cominciare vi può essere uno spasmo tonico o clonico (periodo pseudo-epilettico) ma raramente rassomiglia molto a quello che si osserva nell'epilessia ».

---

[1] *Epilepsy and other Chronic Convulsive Diseases etc.* (Churchill, 1881), p. 2.

Invece della parola « isterico » il Dr. Gowers usa la parola « isteroide » — termine proposto dal Dr. W. Robert per indicare i gravi attacchi di convulsioni « coordinate » — preferendolo al nome di «isteria epilettica», di « epilessia isterica » o di « isteroepilessia ».

Le due forme, epilettica ed isterica, passano l'una nell'altra. Così « i gravi accessi isteroidi possono ripetersi per anni appunto nello stesso modo degli attacchi epilettici.... Oltre a ciò, spesso al vero attacco epilettico tengono dietro convulsioni isteroidi o coordinate.... Sovente è difficilissimo, anche impossibile, imparare dalla descrizione delle convulsioni isteroidi se si manifestano sole o se sono consecutive a leggieri accessi epilettici.... La convulsione iniziale di molti semplici attacchi isteroidi spesso è pseudo-epilettica.... Vi sono casi rari in cui gli attacchi realmente sono di natura intermedia fra le due forme ».

In 1000 casi osservati dal Dr. Gowers, in cui si potette determinare la forma della convulsione, questa fu coordinata o isteroide in 185 inferme o nel 18 $^1/_4$ per $^0/_0$ e « fino al quarto decennio della vita, un terzo dei casi di convulsioni croniche, che presentano fenomeni isteroidi (primarii o in parte epilettici) si osservano in maschi [1] ».

Non sembra che il Dr. Gowers segni un limite preciso fra gli attacchi leggieri « isterici » ed i gravi isteroidi o coordinati. «Così, egli dice » questi attacchi (isteroidi) variano molto per gravezza e natura. Quando sono leggieri hanno poca importanza e sono volgarmente noti col nome di « accessi isterici » in cui l'inferma soggetta alle emozioni si turba senza che vi sia un'evidente alterazione della coscienza. Quando sono gravi la violenza dei movimenti spasmodici è quasi inconcepibile.... Variazioni consimili si osservano nei disturbi mentali che accompagnano l'attacco. Questo può essere leggiero, e consistere semplicemente in un'esagerata emozione, e può essere tanto grave che per un certo tempo l'inferma trovasi in uno stato di delirio maniaco ». Lo spasmo laringeo osservato nei casi gravi è « senza dubbio un grado estremo del disturbo che in proporzioni minori cagiona il nodo isterico ». Oltre a ciò « nelle inferme che soffrono di queste convulsioni sono frequenti altri sintomi d'isteria e consistono nel nodo isterico, nell'afonia, e simili, ma ordinariamente sono di grado leggiero ».

Le convulsioni « isteroidi », descritte nel modo sopradetto dal Dr. Gowers, comprendono gli attacchi osservati nella donna e nell'uomo ed è evidente che, quanto agli attacchi stessi, non vi ha nessuna differenza rilevante fra gli attacchi « isteroidi » dell'uomo e quelli della donna.

Ecco l'opinione di Charcot circa la classificazione.

---

[1] Gowers, *op. cit.* p. 19.

A. L'isteria e l'epilessia possono restare distinte l'una dall'altra nello stesso individuo.

1. L'isteria può innestarsi all'epilessia. 2. L'epilessia può aggiungersi all'isteria.

B. L'isteria e l'epilessia sono contemporanee. Egli riguarda la cosiddetta forma epilettica come il più alto grado di sviluppo di questa combinazione dell'isteria.

Presso di noi non si osservano attacchi di isteroepilessia della gravezza di quelli osservati da Charcot e Richer a Parigi. A questo proposito il Dr. Gowers dice che « gli attacchi nelle inferme osservate alla *Salpêtrière* cominciano con una convulsione somigliante molto ad un vero attacco epilettico, mentre negli attacchi delle donne di questo paese il periodo tonico iniziale (benchè possa rassomigliare a quello che si osserva in note forme aberrate di epilessia) somigliano poco allo spasmo dell'attacco epilettico tipico ».

Le osservazioni di Charcot sono importantissime ed i fenomeni del parossisma isterico sono stati descritti da lui e da Richer [1] in un modo che lascia poco a desiderare quanto a manifestazioni esterne, cioè convulsioni, spasmi, anestesia, paralisi, disturbi intellettuali temporanei, ecc. E queste indicazioni sono anche completissime quanto al modo con cui le suddette manifestazioni possono essere modificate o subire l'influenza dell'azione degli agenti *esterni*. Il periodo di ebollizione, per dir così, è stato descritto nel modo più splendido.

Le circostanze mi hanno portato ad investigare le varie manifestazioni isteriche che si possono osservare, sotto un aspetto *etiologico*. Io non tendeva verso nessun modo di vedere speciale e soltanto dietro ripetute osservazioni mi sono convinto che l'utero generalmente è in uno stato d'irritazione nei casi in cui queste manifestazioni si osservano, confermando così, la più antica opinione relativa a questo argomento. Ed io fui indotto ad abbracciare questa opinione dell'influenza (etiologicamente) dell'utero dal fatto che nei casi in cui le due condizioni erano congiunte — cioè l'irritazione uterina e la predisposizione agli attacchi — gli accessi cessavano sempre allontanando l'irritazione. Infatti, l'esperienza mi rivelò che nel corso della cura dell'alterazione uterina cessò la predisposizione agli accessi isterici. Un'osservazione ulteriore mi ha mostrato che la speciale irritazione produttrice dei sintomi isterici e degli attacchi era sempre la stessa — cioè uno stato di flessione e distorsione dell'utero. Sin da quando conobbi questo rapporto non ho tralasciato occasione di quelle che mi si sono presentate per verificare e ripetere l'osservazione. Casi di questo genere non si presentano con grande

---

[1] *Etudes Cliniques sur l'Hystero-épilepsie ou Grande Hystérie.* Par Dr. Paul Richer. Paris: Delahaye. 1881.

frequenza; i casi di accentuati parossismi isterici, per quanto mi insegna la mia esperienza, non sono molto comuni ma in questi ultimi dieci anni, durante i quali ho voluto controllare questo fatto, me ne son capitati parecchi e finora le osservazioni da me fatte confermano rigorosamente la verità del sopra detto principio.

Sembra che vi sieno due classi di casi:

1. Quelli in cui gli attacchi sono provocati primariamente da qualche forte emozione — l'apprendere cattive nuove, uno spavento di qualsiasi genere, una grave scossa morale, ecc. In queste circostanze le cause hanno un'azione diretta sul sistema nervoso centrale, che allora può restare o no indebolito e predisposto o no a subire l'influenza di un'eccitazione esterna. Senza dubbio, nella pratica s'incontrano di questi casi, ma sembra che sieno piuttosto rari.

2. Quelli in cui gli attacchi sono prodotti primariamente da un disturbo riflesso interno ed in modo evidente. Questa classe di casi, meccanicamente, è di gran lunga più frequente di quelli notati nella classe precedente e ne comprende di quelli in cui le manifestazioni isteriche sono gravi e soggette a presentarsi più o meno costantemente.

Or, le prove, che ho potuto raccogliere, mi mostrano a chiare note che l'irritazione riflessa, la quale cagiona questi attacchi ed altre manifestazioni isteriche, è un'irritazione che ha la sua sede nell'utero e che l'irritazione speciale più potente a produrre un disturbo riflesso è la flessione dell'utero. Io ho espresso questa opinione circa dodici anni dietro.

Nel corso della mia pratica professionale io ho visto soltanto casi i quali sembrava fossero d'isteria prodotta in modo riflesso e non ne ho visto nessuno in cui l'isteria di natura grave siasi manifestata per un'emozione; non nego la realtà di questa ultima classe di casi (alcuni di quelli di Charcot, per esempio), ma io non ne ho osservato. D'altra parte ho visto molti casi appartenenti alla prima categoria e in essi fu scoverto che l'utero era la causa dei sintomi poichè le circostanze relative agli stessi, gli effetti della cura e tutti i loro fenomeni m' indicavano in un modo, a me parso indiscutibile, che la mia interpretrazione fosse corretta.

È una cosa importantissima il conoscere quale è la esatta natura dello stato dell'utero che può dare origine a queste importanti manifestazioni. I risultati delle mie osservazioni mi hanno menato a concludere che in questi casi l'utero è in quello stato che si può chiamare di congestione traumatica, col quale, s'intende una forzata fermata della corrente sanguigna nei tessuti uterini. La causa comune di questo fatto in tali casi è la compressione dell'organo nella sua parte centrale prodotta da un incurvamento o flessione dell'utero. A causa di ciò avviene una congestione acuta del corpo dell'utero, la quale si

aggrava durante certi movimenti e diminuisce durante certi altri. Per cui segue che gli sforzi capaci di aumentare la flessione dànno origine agli attacchi o ad altre manifestazioni isteriche, mentre, generalmente, il riposo e la posizione orizzontale hanno del pari la virtù di allontanarli o d'impedirli.

La parola «traumatica» sembra adatta ad indicare la natura della congestione che vi è in queste circostanze.

L'intensità della congestione traumatica nei varii casi sembra che sia diversa, ma le sue note principali sembra che sieno state le stesse in tutti i casi da me osservati. Ed i peggiori e più gravi casi di convulsioni isteriche sono stati quelli in cui il grado della congestione traumatica dell'utero era realmente altissimo.

Vi è un altro dato etiologico, cioè la compressione dei filamenti nervosi del tessuto uterino proprio nel punto in cui è massima la compressione della flessione. Quando l'utero è forzatamente flesso ha luogo questa compressione.

Nel recente Congresso Medico Internazionale io presentai il modello di una sezione dell'utero fatto da una spugna. Esso è sei volte più lungo dell'utero normale, ma la grossezza delle pareti ed il debito rapporto delle parti sono scrupolosamente conservati come trovansi in natura. Questo modello è stato fatto allo scopo di dimostrare gli effetti della flessione acuta dell'utero sui tessuti di questo. Quando si piega questo modello in modo da imitare il cangiamento di forma osservato nella flessione acuta dell'organo, la spugna è energicamente compressa e stretta sul lato concavo della curvatura. Il modello perciò, ci mette in grado di comprendere che il centro dell'utero è la sede di grande compressione nei casi di flessione, la quale compressione aumenta coll'aumentare della flessione e cessa cessando questa ultima. Serve inoltre a chiarire il modo con cui sorge la congestione traumatica, giacchè la compressione cagionata dalla flessione è la causa dell'ostacolo alla circolazione dell'utero.

Se la congestione traumatica dell'utero o la compressione da flessione è la più importante come causa di manifestazioni isteriche riflesse non è facile stabilirlo. Forse hanno eguale importanza amendue le cause. Può incontrare che la presenza della congestione traumatica operi provocando fenomeni isterici a causa della compressione dei nervi uterini in quelle parti dell'utero che sono realmente sede della congestione.

Le figure 41 e 74 mostrano flessioni dell'utero di grado avanzato. La fig. 74 fa vedere il terzo grado dell'antiflessione e la fig. 41 il terzo grado della retroflessione uterina. La sede della compressione è principalmente la parete dell'utero del lato concavo della flessione.

A conferma delle opinioni testè espresse riferisco una serie di 18 casi, disposti per ordine necrologico, da me osservati durante dieci

anni dal 1870 al 1880. Io ne ho osservato anche altri di cui non ho preso nota. Dalla seguente serie ho conservata notizia. Vi sono sei casi in cui l'utero era retroflesso e dodici in cui si osservò l'antiflessione.

Caso I. *Retroflessione; gravi attacchi isterici.* — La Signora... — è stata soggetta a gravi attacchi isterici frequentemente (dopo dei quali per lo più rimaneva in uno stato di quasi insensibilità per qualche tempo) sin dall'epoca del primo parto che avvenne più di dodici anni prima. Di recente si è manifestata una forte nausea. Si trovò l'utero acutamente retroflesso. Vi fu una cessazione assoluta degli attacchi isterici dall'epoca in cui si cominciò la cura della retroflessione.

Caso II. *Antiflessione acuta dell'utero: sospensione quasi completa della mestruazione per due anni; gravi attacchi isterici.*—Ecco un riassunto della storia di questo caso, che pubblicai più diffusamente nella 3.ª edizione di questa opera [1]. La inferma era nubile, di 19 anni, sarta. Due anni dietro fu attaccata da « isterismo » a principio grave, poi di minor forza. Una volta perdette la voce per cinque mesi. Recentemente ha avuto una tosse speciale. Durante questi due anni solo due volte si è presentata la mestruazione. Mentre stava all'ospedale ebbe parecchi gravi attacchi isterici, forti movimenti convulsivi e sforzi di batter la testa sul pavimento, talvolta ripetutamente nella giornata ed una tosse speciale che ricordava quella osservata nel laringismo stridulo. L'utero si trovò in uno stato di antiflessione acuta. Si applicò un pessario ad asta. Subito gli attacchi divennero meno frequenti. Dopo un mese fu fatta uscire dall'ospedale e gli attacchi cessarono. Due mesi più tardi fu tolto il pessario, la guarigione era completa ed era ritornata la mestruazione.

Caso III. *Antiversione acuta dell'utero; mancanza di mestruazione; gravi attacchi epilettiformi.* — Quanto a più diffuse particolarità su questo caso veggasi la terza edizione di questa opera. L'inferma era nubile, di 17 anni, non aveva mai avuto mestruazione. Per dieci settimane aveva avuto attacchi fino a venti volte al giorno. Stava a servire fin dall'età di dieci anni. Ebbe dolori all'epigastrio ed urinò spesso per quattro mesi. L'utero era antiverso, s'introdusse facilmente la sonda. Si applicò un pessario a sella. Un mese più tardi gli attacchi diminuirono ed abbandonò l'ospedale. Circa due mesi dopo cominciata la cura si mostrò la mestruazione e fu seguita da una definitiva cessazione degli attacchi.

Caso IV. *Antiflessione acuta dell'utero, che probabilmente durava da un anno; attacchi convulsivi frequenti durante questo tempo.*—L'inferma era maritata, avea 30 anni, ebbe un sol figlio quattro anni e mezzo dietro. La sua salute fu abbastanza buona fino ad un anno dietro. Sembra che l'abbia fatto ammalare l'assistenza prestata per sei settimane ad un bambino infermo. La sua malattia cominciò con un attacco consistente in una leggiera perdita di coscienza per un momento e poi convulsioni. Da quell'epoca ha avuto attacchi, due o tre volte al giorno ordinariamente; gli attacchi son di breve durata, per lo più non sono accompagnati da perdita di coscienza e durante gli ultimi tre mesi si sono aggravati; per tre mesi cessò anche la mestruazione, ma da poco si è ripresentata. Si trovò l'utero acutamente

[1] 3.ª ed. p. 410.

flesso. Si applicò un pessario a sella e si usò la sonda per raddrizzare l'utero. La frequenza ed il grado degli attacchi subito diminuirono. Durante i primi quattro giorni vi furono in tutto undici attacchi; nei dieci giorni successivi cinque; l'ammalata rimase sotto l'osservazione sette settimane in tutto; gli attacchi recentemente si sono presentati solamente una volta in due o tre giorni e leggerissimi, mentre si è avuta la mestruazione una seconda volta piuttosto profusamente [1].

Caso. V. *Retroflessione dell'utero; attacchi isterici consecutivi a sforzo.* — La Signora..... — di 19 anni, maritata da 14 mesi, non ha avuto figli. Soffre di accessi d'isterismo ed il suo medico ordinario credette che avesse retroflessione dell'utero.

Sembra che quattro anni prima del matrimonio avesse avuto una grave febbre scarlattinosa, la quale la lasciò tanto debole che non potette camminare per un anno e passato l'anno cominciò a camminare colle grucce. Sin dall'epoca della sua guarigione è andata soggetta ad attacchi isterici sempre che faceva qualsiasi sforzo.

La mestruazione è profusa e molto frequente. L'utero è molle al tatto, molto chiaramente retroflesso. Fu applicato un pessario.

L'inferma guarì completamente e due anni più tardi ebbe un figlio.

Caso VI. *Antiflessione acuta*; *gravi accessi d'isterismo.* — La Signora.... — di 34 anni, maritata da 15 anni, non ha avuto figli. La mestruazione è sempre dolorosa. Per anni è andata deperendo. Dieci anni dietro ebbe il ballo di S. Vito, non forte; ma qualche volta, saltuariamente, si mostrano sintomi, come stato nervoso per una o due ore quando è eccitata. Sei mesi dietro ha allevato bambini, durante cinque mesi con molto trapazzo, e cominciò a sentire una grande prostrazione e ad avere stranguria; per una settimana divenne insensibile e si dovette estrarre l'urina col catetere. Ebbe anche dolore all'addome ed alla regione ipogastrica, e continuò la difficoltà ad emettere l'urina. Durante questo tempo ebbe ad intervalli gravi convulsioni e poi sempre forti attacchi d'isterismo, ogni volta che si affaticava menomamente. L'utero era in uno stato di antiflessione acuta. Fu applicato un pessario a sella. Migliorò. Non si ebbero poi altre notizie dell'inferma.

Caso VII. *Retroflessione dell'utero*; *attacchi isterici.* — E. J. cuoca nubile, di 26 anni. Tre anni dietro fu sotto cura per un' affezione uterina. Per qualche tempo ha avuto attacchi isterici della durata di circa venti minuti, nei quali perdeva la coscienza. L'ultimo attacco si manifestò mentre cantava in chiesa e dovette essere trasportata fuori.

Utero retroflesso. Fu applicato un pessario. Guarigione.

Caso VIII. *Leggiera antiflessione dell'utero; attacchi di convulsioni.* — La Signora.... — di 33 anni, ha avuto quattro figli, l'ultimo sei anni dietro. Sei mesi fa ebbe convulsioni dopo di avere allevato un bambino ed essersi affaticata. Le convulsioni produssero una specie di opistotono. Aveva limpida la coscienza, ma per dieci giorni non potette muoversi. Dall'epoca di questo attacco ha qualche volta sensazioni di pizzicore. Non vi è nausea. Si stanca facilmente per brevi passeggiate. L'utero è un poco antiflesso. La sonda penetra con difficoltà. Cura, riposo. Risultato favorevole.

Caso IX. *Antiflessione acuta dell' utero; cessazione della mestruazione*; *gravi accessi isterici.* La Signorina.... — di 20 anni, è stata sempre debole e delicata. La mestruazione cominciò a dodici anni.

[1] Nel Lancet, Agosto 7. 1875 trovansi maggiori particolarità su questo caso.

Due anni dietro si bagnò in mare appunto immediatamente prima dell'epoca della mestruazione, la quale naturalmente mancò. La signorina stette molto male e la mestruazione le mancò per tre mesi. Da quel tempo è andata soggetta a forti attacchi di isterismo ed a frequenti minacce di attacchi. Vi fu un'altra influenza perfrigerante cinque mesi dietro e d'allora in poi non si è più mostrata la mestruazione, tranne una volta.

Si trovò l'utero ad un livello molto basso nelle pelvi ed antiflesso. Si usò un pessario a sella. Gli attacchi isterici cessarono, ma l'inferma rimase per qualche tempo in uno stato di debolezza. Finalmente ritornò al pristino stato di salute ed i sintomi isterici non rivennero mai più.

Caso X. *Retroflessione dell'utero*; *isteria*. — La Signorina.... — di 41 anno, cadde da cavallo venti anni dietro ed è stata ammalata d'allora in poi. Per lungo tempo fu curata come isterica. Nove mesi dietro si scovrì che aveva una retroflessione da Palmer di Neylan, Colchester, il quale riuscì quasi a rimettere l'utero al suo posto e l'inferma ora sta molto meglio.

Caso XI. *Antiflessione acuta dell'utero; gravi attacchi d'isteroepilessia.*— La Signorina... — di 21 anno, si maritò tre anni dietro. Va soggetta a gravi attacchi isteroepilettici. Questi attacchi hanno luogo principalmente dopo che si alza da letto e quando fa i suoi pasti. Sono molto forti ed il disturbo generale è grandissimo. L'utero è in uno stato di antiflessione acuta ed è molto inclinato in avanti. Vi è una grandissima sensibilità all'epigastrio ed alla regione sacrale, massime in determinati punti.

La flessione e lo spostamento furono curati colla sonda e col pessario a sella. Gli attacchi cessarono subito e non sono più tornati.

Caso XII. *Antiflessione acuta dell'utero; gravi attacchi convulsivi.* — La Signorina... — di 38 anni, non sta bene da un anno. Ebbe una bronchite, in seguito alla quale fu soggetta ad una sequela di forti accessi nervosi: una volta non potette parlare per cinque o sei ore; nè muovere il corpo o le membra, ma non perdette la coscienza. Vi furono molti altri gravi accessi. Per tre o quattro mesi non potette star seduta per una sola ora, benchè potesse camminare un poco. Negli ultimi tre mesi non ha migliorato. Secondo l'espressione dell'inferma, vi è un dolore costante alla regione lombare nausea e vomito quasi sempre, talvolta violenti conati di vomito provocati dal passeggiare o anche dal parlare. Qualunque sforzo psichico o corporeo produce l'effetto che l'inferma serra fortemente le mani. La mestruazione è regolare ma dolorosissima e l'incapacità dell'inferma a muoversi in questa epoca aumenta. Molto spesso cade in deliquio ed allora comincia una sensazione speciale al cervello, sente di non poter parlare ed essere diversa dal solito. Quando l'attacco cessa all'inferma sembra che durante lo stesso è stata un'altra o è stata due persone contemporaneamente, una tranquilla e sana, l'altra idiota ».

Grave antiflessione dell'utero. Cura col pessario a sella. Guarigione completa.

Caso XIII. *Antiflessione acuta dell'utero; gravi attacchi convulsivi immediatamente prima dei periodi mestruali.* — La Signorina... — di 28 anni, ha avuto gravi attacchi convulsivi fin da quando è cominciata la mestruazione. Questi attacchi si mostrano in generale immediatamente prima che la mestruazione cominci. Si è ritenuto che dipendessero da malattie del cervello.

Gli accessi si presentano nel seguente modo. Gli occhi si fissano sul soffitto, i denti si stringono, il dorso s'incurva e si fa rigido, le membra anche si contraggono e restano immobili. Vi è incapacità a parlare, ma l'inferma sa ciò che avviene. La pelle è fredda come quella di un cadavere. L'accesso

dura da un'ora ad un'ora e mezzo. Si trovò che l'inferma aveva antiflessione acuta dell'utero, perciò fu curata applicando un pessario a sella e talvolta la sonda. Dopo tre mesi gli attacchi divennero molto meno frequenti. Passarono sei mesi prima che l'inferma fosse riveduta. Allora gli attacchi erano cessati. Soltanto, qualche volta, aveva una leggiera sensazione di stanchezza. Un anno più tardi era ancora libera da attacchi. In questo caso fu difficile guarire l'antiflessione dell'utero, ma il risultato finale fu sodisfacente.

CASO XIV. *Retroversione e leggiera flessione dell'utero; attacchi convulsivi verso il periodo mestruale.* — La Signorina... — di 29 anni, quattro anni dietro cominciò a soffrire attacchi convulsivi, che venivano sempre verso il secondo giorno del periodo mestruale. Resta insensibile per circa mezza ora (una volta per due giorni) dopo l'attacco. Ha avuto cinque attacchi. Si è defaticata molto nel sollevare bambini da terra e nell'assisterli. L'utero è notevolmente retroverso ed un poco flesso. Fu applicato il pessario. Guarigione.

CASO XV. *Retroflessione acuta dell'utero; gravi attacchi isterici.* — La Signora... — di 38 anni, non ha avuto figli. Circa un anno dietro cominciò ad avere gravi attacchi isterici, con grida ed eccitazione notevole. Alcune volte ogni parola provoca la sensazione di un sopravveniente attacco. Prima poteva camminar bene, ora la capacità a far ciò è molto limitata.

L'utero è acutamente retroflesso, sensibilissimo al tatto. Cura colla sonda e col pessario di Hodge. Un anno dopo affermava di non aver avuto mai più attacchi e sotto tutti gli aspetti sentivasi bene e forte.

CASO XVI. *Utero antiverso; attacchi isterici.* — La Signora... — di 30 anni, ha quattro figli. Attacchi isterici e dolore in seguito a sforzi. Utero antiverso, portando il pessario di Hodge, la cui esagerata azione ha prodotto l'antiversione o l'ha aggravata.

CASO XVII. *Antiflessione dell'utero; attacchi isterici.* — La Signora... — di 24 anni, ha tre figli. Due anni dietro cominciò ad avere attacchi isterici, con dolore al capo e sordità. Dopo l'ultimo parto, cinque mesi dietro, gli attacchi si sono resi più frequenti. L'inferma, spesso, ha una sensazione di strangolamento. È obbligata a star molto in piedi.

L'utero è molto basso, antiflesso; il fondo sta vicino alla sinfisi pubica. Cura col pessario a sella. Guarigione.

CASO XVIII. *Antiflessione dell'utero; attacchi isterici e grave nausea.* — La Signorina... — di 33 anni, cinque anni dietro sollevò un oggetto pesante e poi si sentì male. Due anni dietro cominciò a soffrire nausea, la quale, d'allora in poi è stata quasi continua. Di recente si è anche aggiunta la dismenorrea. In questi ultimi quattro mesi è andata soggetta ad attacchi d'insensibilità. Ha una sensazione strana al capo; è depressa e non conosce più nulla per qualche tempo — una volta per 24 ore. Quando ritorna in se ha un gran dolore alle mascelle. L'utero è molto basso, grosso ed antiflesso. Ha una grande sensibilità sulla regione ovarica destra. Quasi sempre soffre di molto grave e molesta nausea. Cura col pessario. Notevole miglioramento, cessano la nausea e gli attacchi. Un anno e nove mesi più tardi si tolse il pessario, giacchè sembrava che l'inferma fosse in buono stato. Cinque mesi dopo tornarono i sintomi e si riapplicò il pessario a sella [1].

---

[1] Il caso seguente, riferito da Boivin e Duges (traduzione di Heming, p. 109) molto probabilmente merita di essere classificato fra quelli della sopra citata serie: « *Antiflessione supposta congenita.* — M. A. B., di 18 anni, di piccola statura, morì dopo ripetuti attacchi di epilessia. Si trovò leggiera infiammazione degl'intestini; l'utero tanto

I casi sopra riferiti, insieme ad altri che io ho visto, ma di cui non conservo notizie complete, mi hanno portato a concludere che la sede dell' irritazione, da cui move l'attacco isterico, sia l'utero. Il modo con cui gli attacchi cominciano, le circostanze che accompagnano il loro ripetersi, la calma, ed in molti casi il cessare repentino degli attacchi, quando l'utero fu raddrizzato e rimesso al suo posto fisiologico nella pelvi, tutti questi fatti ed osservazioni, ripetuti continuamente, mi hanno costretto ad accettare la conclusione sopra detta.

La manifestazione dei parossismi isterici, nella maggior parte dei casi che ho visto e studiato, evidentemente era provocata da qualche sforzo fisico e questa è una circostanza importantissima, come risulta dalle seguenti considerazioni: quando l'utero è in uno stato di flessione, in avanti o in dietro, il sollevare pesi, o il muoversi, o il camminare troppo, o lo stare in piedi, hanno l'effetto di aggravarla ; l'utero è spinto più in basso nella pelvi e se ne esagera la curva, ciò è ampiamente dimostrato dall'osservazione clinica. La conseguenza dell'aumentata flessione dell' utero è l' aumento della congestione ; in questi casi vi era congestione ma lo sforzo fisico l' ha notevolmente aggravata e quando l'aggravamento raggiunge un certo grado si manifesta l'attacco isterico.

D'altra parte, adottando le misure che impediscono l'aggravamento della flessione presente — cioè la posizione orizzontale — gli attacchi non si manifestano o almeno diminuiscono molto.

L'osservazione mostra che la posizione dorsale impedisce gli attacchi isterici dipendenti dall'antiflessione, ma che la posizione prona è efficacissima quando trattasi di retroflessione. Questi fatti sono importantissimi. Fra i 18 casi riferiti ve ne erano 12 di antiflessione, nei quali sembra che la causa più comune degli attacchi isterici fosse appunto l'antiflessione dell'utero. Uno dei principali motivi per cui il meccanismo della produzione del parossismo isterico non si è conosciuto per tanto tempo, è secondo me, che l'antiflessione dell'utero, fino a pochissimo tempo dietro, era appena compresa nella nosologia. Qui non posso fermarmi a spiegare questa ultima circostanza ; ma colgo l'opportunità di dire che, avendo per molti anni intimamente osservato e studiato le malattie meccaniche dell'utero, sono stato per lungo tempo impressionato dalla grave natura e frequenza dei sintomi a cui è capace di dare origine questa varietà di distorsione e spostamento dell'utero.

---

curvato verso la sua parte media che la superficie posteriore del suo corpo in avanti poggiava sul collo della vescica ed il suo fondo era rivolto verso le pareti anteriori della vagina, quantunque la bocca fosse di forma fisiologica ed al suo posto normale. Se si portava nella posizione naturale tutto l' utero immediatamente riprendeva la posizione precedente. Al taglio i tessuti erano nerastri e molto densi. Il collo grigio livido. L'interno della cavità nero. Lunghezza della superficie convessa pollici 2 $^1/_2$; della superficie anteriore, 4 linee ».

Posso permettermi, in conclusione, di fare poche osservazioni sulla teoria ovarica dell'origine degli attacchi, recentemente con tanto calore sostenuta dal Professore Charcot.

È ben noto ai ginecologi che l'ovaia talvolta si trova prolassata e si può facilmente sentire nello spazio del Douglas. Ivi è soggetta a grande pressione ed irritazione ed in tali casi si provano grandi dolori e sofferenze. Si può, quindi, supporre che questi casi appartengano a tutti gli altri in cui si avrebbero attacchi isterici, ammettendo che le ovaie sieno il punto principale di origine. Non nego che questo spostamento dell'ovaia possa cagionare attacchi isterici, ma non ho mai visto attacchi di isteria in tali casi di spostamento dell'ovaia, tranne quando erano accompagnati da retroflessione dell'utero, acuta. La retroflessione e lo spostamento dell'ovaia non di raro sono contemporanei.

Oltre a ciò, nei casi soprariferiti d'isteria, nei quali la flessione dell'utero senza dubbio era presente, non si trovò una speciale sensibilità delle ovaie nè era evidente una malattia ovarica.

Il sentirsi spesso il dolore alla regione ovarica nei casi d'isteria, sulla qual cosa si sono fondati molto coloro che propugnano la teoria ovarica, è spiegato dalla flessione dell'utero. Avendo fatto molte osservazioni a questo riguardo, io posso asserire che il dolore alla regione ovarica è un sintoma molto comune nei casi di flessione uterina. Sembra che dipenda dal fatto che la flessione, generalmente, è un poco da un lato, poichè, l'utero, per lo più, non è flesso direttamente in dietro o in avanti, ma molto spesso verso un lato o l'altro.

Due serie di casi riferiti dal Professore Charcot sono da lui addotte in appoggio della teoria che l'ovaia è il *punto di partenza* del parossisma nell' isteria e nell' isteroepilessia.

In primo luogo Charcot afferma che la pressione sulla regione ipogastrica laterale abbia il seguente effetto: « La pressione vi produce non solo dolore, ma una sensazione accompagnata da tutti o da alcuni dei fenomeni dell'aura isterica. Così, la compressione metodica dell'ovaia determina la produzione dell'aura o talvolta anche un vero attacco isterico ».

Charcot, dopo questa asserzione aggiunge che una compressione più energica può arrestare la manifestazione dell'attacco quando sta per cominciare, o anche troncarlo quando gli accidenti convulsivi sono più o meno sviluppati.

Il metodo adottato dal Professore Charcot per ottenere una compressione più forte è il seguente :

« L'inferma deve stare nel decubito dorsale sul pavimento o sovra un materasso. Allora, il medico, inginocchiandosi sovra un sol ginocchio, preme colla mano chiusa o col pugno su quella delle fosse

iliache che precedentemente riteneva sede del dolore ovarico. A principio è necessaria molta forza a vincere la resistenza dei muscoli addominali. La pressione allora produce molti e numerosi tentativi d'ingoiare. Quasi contemporaneamente torna la coscienza. L'inferma geme e piange, dice di sentirsi sollevata, o che le si fa male. Prolungando la pressione per due, tre o quattro minuti, si è quasi certi di vedere sparire, come per influenza magica, tutti i fenomeni dell'accesso. Quando è vinta la resistenza addominale, basta la pressione colle due prime dita » [1].

È bene vedere fino a qual punto gli effetti ottenuti dal Professore Charcot colla pressione, nel modo sopra descritto, sulla regione ovarica, sieno opposti o rovescino la teoria uterina, sopra esposta, circa la causa del parossisma nell'isteria e nell'istero-epilessia.

La pressione impiegata dal Professore Charcot è molto energica nella regione laterale ipogastrica, allo scopo, primieramente, di vincere la resistenza dei muscoli addominali, che, in molti casi è considerevole; e secondariamente di produrre una compressione reale sugli organi che stanno nella pelvi. L'azione di questa pressione, fatta dal pugno o da un apparato specialmente inventato a questo scopo, è piuttosto diffusa, sicchè deve, quasi per necessità, spiegarsi non solo sull'ovaia, ma prima sull'utero e poi sull'ovaia. Indubitatamente, quando la resistenza dei muscoli addominali è vinta, la pressione si può più specialmente dirigere verso l'ovaia o circoscrivere a questo organo. Ma al tempo stesso è quasi invitabile che l'utero subisca ad un grado notevole questa pressione. Riflettendo per un momento sull'azione di questa pressione rispetto all'utero l'effetto può essere diverso, secondo la posizione che l'utero occupa. Così, se è molto antiverso, il risultato sarebbe o potrebbe essere, che sia spinto ancora più in basso nella pelvi ed aumentata l'antiversione; ma l'azione della pressione sarebbe inoltre di scacciare il sangue dai vasi uterini e far diminuire qualsiasi congestione dell'organo nel momento in cui questa pressione ha luogo. Se questa fosse fatta direttamente in dietro del pube l'effetto, d'altra parte, potrebbe essere di spingere l'utero in dietro e di scacciare poi il sangue dai suoi vasi. Un altro effetto della pressione, in ogni caso, sarebbe di far diminuire l'afflusso del sangue tanto all'utero quanto alle ovaie, a causa della compressione generale sui vasi sanguigni degli organi pelvici.

Per quanto io posso giudicare, perciò, parrebbe che l'operazione chiamata compressione ovarica in realtà devesi chiamare, collo stesso diritto e forse con maggiore diritto « compressione uterina ».

Ma ciò non è tutto. Il Professore Charcot afferma che una leg-

---

[1] Veggasi « New Syd. Soc., Trans, of Charcot's *Lectures*, pag. 27 ».

giera pressione del genere di quella sopra descritta spesso produce dolore e sintomi dell'aura isterica, cioè l'attacco può essere prodotto da una leggiera pressione e fatto cessare da una forte. Tutto ciò è perfettamente in armonia coll'argomento che io testè ho addotto, poichè, supponendo che vi sia una versione o flessione, la pressione leggiera sul pube, come la descrive Charcot, indubitatamente, a principio, aggraverebbe lo spostamento. In tal modo la pressione leggiera agirebbe sull'utero, temporaneamente, provocando l'attacco.

Concludendo, manifesto la mia convinzione che per uscire dall'indeterminatezza, che fin ora ha caratterizzato le varie opinioni sulla natura dell' « isteria » bisogna adottare francamente la parola « isterico » nel suo significato puramente letterale e che in avvenire l'utero sarà ritenuto il principale punto di partenza di quelle varie manifestazioni e disturbi denominati « isterici ».

Conclusioni generali circa l' interpretrazione dei fenomeni isterici. — I casi che sono stati descritti nelle pagine precedenti dimostrano chiaramente l' influenza di certi stati dell' utero come cause eccitanti degli attacchi in cui si osservano fenomeni convulsivi ed è ragionevole supporre che nelle forme più leggiere del disturbo isterico l' influenza che è in giuoco sia di natura analoga.

È probabilissimo che la condizione predisponente sia sempre uno stato di difettosa nutrizione dei centri nervosi, giacchè le inferme per la maggior parte presentano altri segni evidenti di debolezza generale e d' insufficiente vitalità, oltre a ciò, per lo più, l'anamnesi rivela che precedentemente eravi inappetenza e tale insufficienza quantitativa degli alimenti da dare con probabilità origine ad uno stato d' inanizione dell'organismo in generale. Una a questa debolezza dei centri nervosi spesso vi è uno stato di debolezza dell'utero (veggasi il capitolo sull' « Esagerata mollezza dell'utero) ».

Quanto al meccanismo delle manifestazioni più miti si può ragionevolmente ritenere che, quando dipendono da un puro eccitamento morale la malattia è primaria, forse consiste in uno stato di esagerata debolezza ed irritabilità dei centri nervosi. Ma quando le manifestazioni hanno luogo in seguito ad uno sforzo eccessivo, *a priori* è più probabile che sieno conseguenze di un'azione riflessa. Questa azione riflessa ha il punto di partenza, giusta i risultati della mia esperienza, spessissimo nell'utero. Come ciò avvenga si può spiegare nel seguente modo:

Quando l'utero è fisicamente debole i suoi tessuti trovansi spesso molli ed esageratamente pieghevoli ed in tali circostanze un leggiero sforzo fisico può produrre un'alterazione della sua forma. Questa alterazione di forma è accompagnata da compressione dei nervi dell'utero, che può provocare fenomeni riflessi.

Sicchè, in una donna debole, il sollevare un peso, lo stare in piedi

troppo a lungo, o qualsiasi genere di sforzo capace di produrne un altro sull'utero troppo cedevole, può far sorgere manifestazioni isteriche. Infatti si può mostrare che le più gravi manifestazioni isteriche dipendenti da un'azione meccanica riflessa sono per lo più accompagnate da uno stato abituale di flessione dell'utero. Noi, però, ora parliamo dei casi che sono di natura più semplice, ma un attento studio dei fatti che i casi presentano mostrerà che la sopra addotta spiegazione è sempre conciliabile con questi fatti.

La presenza di una tendenza « isterica », giusta la spiegazione sopra data, indica che la donna è fisicamente debole, ma non necessariamente capricciosa. Queste donne fisicamente deboli sono anche soggette a soffrire varii dolori ed incomodi riferibili all'utero ; ed è abitudine di ritenere che in molti casi queste altre sofferenze fossero immaginarie o capricci sol *perchè* si osservano in donne « isteriche » : ma dietro la spiegazione sopra data è abbastanza ovvia la causa della concomitanza sopra cennata. Infatti, queste sofferenze, che tanto spesso si battezzano per capricci, sono reali ed il significato della loro presenza è che l'utero trovasi in uno stato d'irritazione e la base loro è una debolezza fisica di questo organo.

Il Dr. Gowers ha fatto osservazioni sulla « compressione ovarica », eseguita su vastissima scala, a Parigi, le quali sono importanti. La compressione ovarica, non produce un effetto accentuato nelle donne di questo paese ; quantunque la sensibilità ovarica non sia infrequente. In tali inferme, comprimendo l'ovaia sensibile, possono essere prodotte molestia, sensazioni di strozzamento ed anche la sensazione da cui sono annunziati gli attacchi, ma non ho mai visto un caso in cui questa pressione abbia prodotto un attacco reale ».

Considerando il rapporto fra le alterazioni degli organi sessuali e gli attacchi convulsivi, il Dr. Gowers fa le seguenti osservazioni: « Una mestruazione ritardata o la sua mancanza coincideva coi primi accessi in un gran numero dei casi che si manifestavano in fanciulle dai 14 a 17 anni, ma la difficoltà di determinare l'esatto rapporto causale fra le due condizioni è molto grande. Dopo che in questi casi si è dichiarata l'epilessia, sembra che il consecutivo stabilirsi della mestruazione regolare spieghi pochissima influenza sugli accessi » (pag. 31).

E più tardi, parlando della cura, lo stesso scrittore dice : « I casi ricordati, in cui gli attacchi cessarono quando fu corretto uno spostamento uterino, non hanno avuto la conferma da nessuno dei fatti che ho personalmente osservato » (p. 300).

Quanto alla verità della teoria ora esposta non mancano affatto gli argomenti confermativi. Niemeyer, sui cui casi generalmente non si fanno dubbii, ed il quale certamente non tendeva ad annettere una grande importanza a questi speciali disturbi uterini, dice che

le flessioni, più di qualsiasi altra alterazione dell'utero, dànno origine all'isteria. Questa è un'asserzione di gran valore, essendo di un distinto patologo moderno. È infatti una conferma che viene dal campo opposto, per dir così, ed è importante in quanto giustifica la mia opinione. Ecco gli altri argomenti che io adduco: in primo luogo vi è un argomento *a priori*. È ragionevole supporre che la compressione dei tessuti uterini, implicando quella dei filamenti nervosi, può produrre tale irritazione da dare origine a convulsioni. Da ciò, d'altronde, non move che questa compressione produca sempre convulsioni. Sarebbe ragionevole altrettanto il trovare erronea la teoria che le convulsioni dipendano talvolta dalla presenza di vermi nel canale intestinale perchè questi entozoi non provocano sempre convulsioni. Nessuno, però, dubita del rapporto fra questi due fatti. Perciò non è un'opposizione seria a questa asserzione il dire che, se questa teoria fosse vera, le convulsioni si manifesterebbero sempre che si determinasse la compressione dei tessuti uterini. Gli argomenti clinici in favore di questa opinione mi sembrano schiaccianti. Io ho visto un numero considerevole di casi, nel corso dei passati pochi anni, nei quali le convulsioni del genere sopra descritto cessarono realmente quando l'utero flesso fu curato in modo da far diminuire o allontanare la compressione esistente nel sito della flessione e in tutti i suddetti casi ho osservato che questa specie di cura produceva un notevolissimo effetto pur quando non riusciva ad allontanare immediatamente gli attacchi. Questo è un argomento importante. Un altro è che la posizione del corpo o qualsiasi sforzo che ha una tendenza ad aggravare la flessione, invariabilmente aggrava e rende più forti le convulsioni. Io potrei riferire molti casi in cui fu osservato questo fatto importante. Così, in un caso di avanzata retroflessione, che dava origine a convulsioni, gli attacchi cessavano instantaneamente quando l'inferma si metteva a giacere sulla faccia: questo miglioramento ottenevasi senza nessuna cura meccanica qualsiasi dell'utero. In un altro caso, trattavasi della moglie di un'ufficiale Indiano, in cui gli accessi convulsivi erano provocati dall'antiflessione dell'utero, le convulsioni manifestavansi invariabilmente quando l'inferma sedeva diritta a pranzo, perchè solo in questo momento prendeva la suddetta posizione. La posizione seduta aumentava l'antiflessione e così provocava le convulsioni. Un'altro argomento favorevole alla mia opinione è l'effetto delle misure che hanno una azione curativa più diretta sulla flessione e che sono state attuate allo scopo di ridare all'utero la sua forma fisiologica; intendo parlare dell'uso della sonda e dei pessarii. Io ora affermo che l'effetto di queste misure clinicamente è stato di fornire prove, sempre più numerose, della validità della teoria sopra esposta, tanto più che le convulsioni, o la tendenza a queste, si sono sempre calmate in pro-

porzione diretta del grado dell'azione spiegata a combattere, con favorevole successo, la flessione. Un altro argomento, che debbo ricordare, è l'effetto della scrupolosissima esplorazione dell'utero in molti di questi casi, fatta col dito o colla sonda. Allora si troverà che l'introduzione della sonda, se fatta bene, non cagiona dolore all'inferma fino a che non raggiunge il punto ove è la flessione. Quando la sonda è stata introdotta per un pollice nel canale cervicale la sua punta giunge in contatto con quella parte della parete uterina che è la sede della compressione e si trova invariabilmente, in tali circostanze, che l'inferma sente un grandissimo dolore quando quella parte è toccata dalla punta dello strumento. Dopo che questa punta ha oltrepassato il tratto ristretto ed è arrivata di là della flessione, l'inferma non sente più dolore. Ma il semplice contatto della punta della sonda con questo sito dell'utero dà sempre origine ad estremo dolore e dimostra una sensibilità esagerata. È necessario che l'esame si faccia con grande attenzione per ottenere questo risultato, perchè in generale incontra, in questi casi, che l'utero in totalità è anche sensibile al tatto. Ma facendo l'esplorazione scrupolosamente si può stabilire quali sono le parti che sono tanto sensibili al tatto.

Cura.

Le indicazioni per la cura dell'isteria sono due: *Primieramente* allontanare o far diminuire la suscettibilità dell'inferma alle impressioni esterne o interne e, *secondariamente*, allontanare la causa eccitante, qualunque possa essere.

Circa la *cura generale* è stato già detto molto nelle precedenti pagine discorrendo degli effetti di una sistematica vigilanza alla nutrizione ed ai cibi delle inferme il cui stato generale è debole e la cui attività nutritiva è insufficiente. Il grandissimo successo che ha accompagnato la cura dei casi d'isterismo conosciuta ora col nome di « Metodo di Weir Mitchell » è stato esposto insieme alla sua *razionalità* in un capitolo antecedente (veggasi pag. 89). L'alimentazione sistematica insieme ai bagni, al massaggio, all'elettricità, ecc è stata seguita dai migliori effetti nel produrre il passaggio da un'estrema debolezza ad uno stato di vigoria e di attività generale nutritiva e non vi può essere dubbio che la cura suddetta si fonda su solidi principii fisiologici e terapeutici. Il cosiddetto soggetto « isterico » è spesso semplicemente « debole » e migliorerà adottando tutte le misure che tendono a rinvigorirne l'organismo.

Come misure preventive, l'aria pura, il moto moderato, i cibi sostanziosi, l'occupazione e l'esercizio dello spirito a qualche utile lavoro, sono indubitatamente da raccomandare. Quanto agli esercizii corporei si deve essere cauti, giacchè può seguire molto danno, per

le donne deboli, da uno sforzo esagerato. Per quanto è possibile fa d'uopo evitare tutte le emozioni.

Il matrimonio in generale è da raccomandare, ma esso può aggravare la malattia se non ha luogo la gravidanza. La mia esperienza m'insegna che lo stato dell'utero, il quale produce l'isteria, non di raro è la causa della sterilità dopo il matrimonio.

Se l'isteria non ha nessun rapporto coll'utero e non si può scovrire nessuna lesione uterina, sarà applicabile la sola cura generale.

Ma quando l'utero è decisamente di forma alterata, la cura generale, come che non scevra di vantaggi, sarà molto spesso impotente ad allontanare la malattia. I mezzi per rimediare a queste alterazioni di forma dell'utero, che sono già stati descritti (veggasi « Cura delle Flessioni »), si devono mettere in pratica. Bisogna correggere la forma dell'utero e mantenere questo in uno stato di riposo. La cura ancora deve essere sperimentata da altri osservatori, ma ciò che io ho visto nella mia pratica mi autorizza ad affermare che quando è resa impossibile un'ulteriore flessione dell'utero per mezzo di una cura meccanica o di altro genere (dopo di avere corretto la sua forma convenientemente) i sintomi non ritornano.

Misure palliative. — I molesti sintomi che presentano le isteriche e per calmare i quali urge provvedere, sono la flatulenza, il dolore di capo ed il dolore da un lato. La flatulenza si combatte benissimo coi cordiali; zenzero, ammoniaca ed etere si possono dare combinati insieme. Il miglioramento così ottenuto è naturalmente temporaneo e la dispepsia, da cui dipende la flatulanza, deve essere curata coi mezzi opportuni. Un'iniezione di assafetida in alcuni casi ha procurato temporaneamente giovamento. Spesso sono utili i linimenti oppiati; la controirritazione di tutta la superficie cutnaea colle spazzole per frizioni cutanee è utilissima nella cura generale delle isteriche.

Quanto al mal di capo valgono le stesse osservazioni fatte sulla necessità della cura generale. Io ho trovato vantaggiosissimi i linimenti oppiati e di cloroformio. La china in forma di « *liquor cinchonae* » è un eccellente rimedio in molti casi in cui vi è forte dolore di capo ed anemia. La cannabis indica, l'etere, la valeriana ed altri antispasmodici in questi casi sono spesso anche necessarii.

I *parossismi di convulsioni isteriche* devono essere impediti provvedendo che l'ordinaria causa eccitante non agisca, qualunque possa essere. Per far cessare il parossisma si sono raccomandati diversi mezzi. Uno dei più efficaci è lo spruzzare acqua fredda sul volto, quantunque, per varii motivi, ciò non si possa far sempre. L'inalazione di cloroformio è molto utile. Spesso giova l'applicare penne bruciate o altre sostanze di forte odore alle narici. La valeriana, il castorio, l'assafetida, l'etere, il muschio, la canfora, sono le me-

dicine a cui più comunemente si è ricorso, vuoi quando il parossisma era imminente, vuoi quando era cessato, allo scopo di prevenirne la ripetizione. Questi rimedii si possono amministrare isolatamente o combinati a due o più. Le iniezioni di acqua fredda nello stomaco sono state sperimentate efficacissime ad arrestare il parossisma da Cruveilhier e anche dal Dr. Ashwell. L'iniezione di acqua ghiacciata nel retto è stata anche raccomandata. Il Dr. Hare ha introdotto il metodo di arrestare il parossisma colla soffocazione temporanea dell'inferma. La pressione sulle regioni inguinali (compressione ovarica) fatta da Negrier e più recentemente da Charcot è un mezzo di cui abbiamo già discorso (veggasi a p. 501 e 502).

CAPITOLO XXXIX.

ISTERONEVROSI (*continuazione*). — DISTURBO MENTALE DIPENDENTE DA IRRITAZIONE RIFLESSA UTERINA. — CEFALALGIA.

I disturbi mentali talvolta sono prodotti da irritazione uterina — Casi dimostrativi.
CEFALALGIA. – Forte emicrania accidentale dipendente da disturbi uterini.

L'esperienza ha mostrato che l' irritazione la quale parte dall'utero può provocare disturbi mentali nell' inferma. L' irritazione agisce in un modo riflesso sul cervello e dà origine, in certi casi, a notevole disturbo mentale.

Il Dr. Engelmann [1], nel suo lavoro sulle isteronevrosi, descrive casi di questo genere. Egli ne sceglie tre in una serie riferita da Meyer: 1. Un caso di melancolia, con antiversione, congestione uterina ed erosioni. 2. Un caso d' ipocondria, delusioni, masturbazione, antiversione, metrite cronica. 3. Depressione melancolica, con delusioni, in un' inferma di 21 anno, durante il suo secondo puerperio. (Questo ultimo caso, però, si può appena mettere nella categoria di cui ora discorriamo). Engelmann ha osservato « spostamento dell'utero, ma non come una causa di alienazione mentale » e rimettendo al suo posto l'organo estremamente retroflesso e grosso seguì immediata cessazione del disturbo mentale e notevolissimo miglioramento.

Il Dr. Percy Boulton [2] ha scritto sullo stesso argomento e dice che i disturbi riflessi d'origine uterina hanno luogo frequentemente e non sono riconosciuti — per esempio dolori di capo periodici, nevralgia, depressione morale, epilessia, melancolia.

Qui son da considerare due fattori, il cervello e l'utero. Lo stato del cervello è senza dubbio anormale, altrimenti l' irritazione uterina non ne disturberebbe tanto facilmente le funzioni. Questo stato del cervello, secondo ogni probabilità, è essenzialmente uno stato di debolezza. Parlando delle cause predisponenti della malattia mentale,

[1] *Loc. cit.*
[2] *Obst. Journ.* No. 23, p. 697.

il Dr. James Adam [1] dice che molto spesso si troverà che l'«esaurimento» in una delle sue molte forme è l'origine della malattia e prepara la via al suo insediamento, esaurimento prodotto da infinite cause ma che è coadiuvato da insufficiente nutrizione ed esaurimento del centro cerebrale, il quale, essendo così imperfettamente nutrito ed esaurito, non produce nessuna delle idee ordinarie, o dei modi di pensare dello stato sano.

È possibile che, nella classe di casi sopra descritti dal Dr. Adam, abbiano luogo casi d'irritazione riflessa da parte dell'utero che producono disturbo mentale. I casi venuti a mia conoscenza sono stati osservati quando hanno operato idee o influenze esaurienti.

Espongo quì le particolarità di alcuni casi dimostrativi, i quali sono venuti sotto la mia osservazione:

Caso I. *Melancolia dipendente da antiversione dell'utero.* — La Signora — —, di 30 anni, maritata da nove, ebbe prima due figli, poi un aborto e dopo tre anni d'intervallo un altro figlio. Sei settimane dopo la nascita di questo ultimo figlio, tre anni e mezzo dietro, si sentì isterica dopo colazione e molto debole ed ammalata. Otto mesi dopo ebbe un aborto. Subito dopo di questo andò in giro e si eccitò e si ammalò. Sopraggiunse un attacco di reumatismo. Ebbe la sensazione di «dovere insanire». Questo stato continuò fino alla prossima gravidanza. L'ultimo suo figlio nacque 15 mesi dietro. D'allora è stata soggetta a repentini attacchi di una speciale sensazione. Aveva la paura di dire cose erronee. Aveva dolori di capo per settimane, sentivasi eccitata e debole. Ha un'antiversione uterina, riconosciuta dal suo medico curante, il quale me l'ha inviata per determinare se lo stato dell'utero ha nulla di comune coi sintomi cerebrali. Esaminandola trovai un'accentuata antiflessione. Applicai un pessario a sella. Cessazione completa dei sintomi cerebrali. Gravidanza consecutivamente e parto all'epoca normale

Caso II. *Melancolia; menorragia; retroflessione dell'utero.* — La Signora — —, di 30 anni, maritata da 5 anni, è stata sotto la cura di un distinto medico, il Dr. Thomas a New York. Ha avuto due figli; l'ultimo circa due anni dietro. Dopo il primo parto l'inferma fece molto moto e si ammalò; le mestruazioni erano molto profuse. Un mese dopo il secondo parto sentì che il sistema nervoso era disordinato; udiva rombi nel capo, non poteva lavorare, o leggere, o scrivere o accudire agli affari. La mestruazione diveniva molto abbondante; avea una continua paura di un «attacco» di qualsiasi genere. Da quell'epoca ha portato un pessario per la retroflessione ed ora sta meglio.

Caso III. *Eccitazione mentale nei periodi mestruali; antiversione.* — La Signorina — —, di 34 anni, è soggetta ad accessi di eccitazione mentale, che hanno luogo quando la mestruazione è ritardata o manca. L'irregolarità della mestruazione e la tendenza all'eccitazione mentale datano da 15 anni dietro e la causa della malattia sembra essere stata una lunga passeggiata a cavallo. L'utero è molle e antiflesso ad un leggiero grado.

Caso IV. *Melancolia; antiversione dell'utero.* — La Signora — —, di

[1] Report of Crichton Royal Institution, Dumfries, for 1880. pag. 14.

37 anni, ha avuto nove parti, sei dei quali prematuri. Ha una costante melancolia, penosa a lei ed ai suoi amici. L'utero è grosso ed antiflesso. Si applica un pessario a sella. Cessa la melancolia

Caso V. *Eccitazione mentale ; esaurimento estremo ; antiflessione dell'utero.* — La Signora — — , di 20 anni, ha avuto due figli. Soffriva per una grande debolezza ed impossibilità a prender cibo. Grande eccitazione mentale. Antiflessione dell'utero. Trattavasi di grave inanizione cronica. Con questa inferma fu necessaria moltissima pazienza ed attenzione , ma finalmente si ottenne una completa guarigione del suo stato molto allarmante.

Caso VI. *Disturbo mentale; retroflessione dell'utero.* — La Signorina — — , di 29 anni, non poteva camminare bene dai 13 ai 18 anni. Doveva sollevare pesi e affaticarsi molto. È in uno stato di depressione morale, che presenta periodi di aggravamento, durante i quali scrive lettere ingiuriose alle sue amiche. L'utero è in uno stato di acuta retroflessione e l'anamnesi, mostra che lo spostamento dura da alcuni anni. Attualmente non può camminare con facilità. Cessarono completamente tutti i sintomi dietro l'applicazione del pessario di Hodge.

Caso VII. *Disordine nei pensieri ; retroflessione dell' utero.* — La Signora — — , di 42 anni, ha avuto un figlio. Prova dolore nel camminare ed i « suoi pensieri sono disordinati » quando passeggia, tanto da costituire per essa un serio disturbo. L'utero è retroflesso, giace molto basso nella pelvi ed è piuttosto piccolo.

Caso VIII. *Melancolia ; antiflessione dell'utero.* — La Signorina — — , di 38 anni, in questo ultimo anno o poco più si è intesa molto depressa e scoraggiata e come se insanisse. Ha dolore al capo. Cinque anni dietro si affaticò molto per un tempo considerevole. L'utero è basso ed antiflesso.

Caso IX. *Grande depressione mentale ; esaurimento ; antiversione dell'utero.* — La Signora — — , di 35 anni, ha avuto due figli. Si defaticò molto alcuni mesi dietro per assistere un bambino ammalato. Da quell' epoca è stata molto male. Depressione morale estrema che aumentava la sera. Il camminare produce gran dolore alla regione lombare. Utero molle, turgido, molto antiflesso. La cura fu seguita da considerevole miglioramento ma la mollezza dell'utero non cessò che dopo un considerevole intervallo di tempo.

Cefalalgia dipendente da irritazione uterina.

Talvolta vi ha una cefalalgia molto forte mentre l'utero è flesso da lungo tempo. Questo sintoma non è molto comune, almeno in questo grado d' intensità ; ma le circostanze relative a certi casi venuti sotto la mia osservazione furono tali da mostrare in un modo molto positivo che il rapporto fra il sintoma suddetto e la causa attribuita allo stesso era realmente un rapporto di causa ad effetto.

La cefalalgia può essere tanto forte che l'inferma talvolta è costretta a stare in una camera oscura per parecchi giorni, senza poter sopportare la luce e tollerando appena che le si parli. Io ho visto un'ammalata (in cui vi era grave retroflessione cronica) nella quale questo stato di cose avea raggiunto tal grado che ella non si allontanava quasi mai dalla sua camera.

Posso ricordare un'altro caso, quello di una giovane signora sog-

getta a cefalalgia fortissima che talvolta durava tre giorni. Ella aveva antiflessione dell'utero ; questo era mal nutrito e molto molle al tatto. Si liberò totalmente dell'emicrania mentre era curata da circa due anni coll'asta uterina. L'emicrania ritornava dopo tolta l'asta uterina e dopo alcuni mesi di tentativi con altri mezzi fu necessario ricorrere di nuovo all'asta per procurarle la calma.

Talfiata vi ha una forte cefalalgia nei casi di fibroma uterino ed io ho osservato casi in cui il sintoma suddetto era molestissimo e resisteva a qualunque cura. Ma non sembra che la cefalalgia sia più frequente nei casi in cui il fibroma è grosso, al contrario, quando era intensissima il tumore aveva un volume di poco conto.

CAPITOLO XL.

EMATOCELE PERIUTERINO.

Patologia – Siti in cui si forma l'ematocele e sintomi che l'accompagnano – Cause intraperitoneale ed extra peritoneale dell'ematocele – Risultati.
DIAGNOSI.
CURA. – Mezzi per arrestare la menorragia – Cura del dolore, del collasso ecc. – Discussione della puntura.

I nomi « ematocele pelvico » — « ematocele periuterino » — « ematocele retrouterino » — « ematoma pelvico » sono stati usati per indicare un versamento di sangue nelle vicinanze dell'utero che dà origine alla formazione di un tumore. L'avvenimento dell'emorragia nei visceri e fra i visceri pelvici della donna, benchè sia stato ricordato da alcuni dei più antichi autori, soltanto in questi ultimi trent'anni ha richiamato tutta quella attenzione che merita per la sua importanza. A Bernutz [1], Nélaton e Voisin di Parigi siamo debitori delle prime notizie e spiegazioni sulla natura, sul corso e sui sintomi di questa malattia. Presso di noi il Dr. Tilt, fu il primo a rivolgere l'attenzione su questo argomento, il Dr. West lo ha trattato con maestria nella sua opera sulle «Malattie della Donna»; Sir J. Y. Simpson lo descrisse nelle sue « *Clinical Lectures* » colla sua solita felice maniera. Le opere di Voisin [2] e di Bernutz [3], un eccellente lavoro del Dr. M'Clintock [4] su questo argomento, le belle osservazioni del Dr. Madge [5], del Dr. Mattews Duncan [6] ed un lavoro molto completo e diffuso del Dr. Tuckwell [7] che contiene un'analisi di 98 casi pubblicati, possono essere tutti citati acciocchè lo studioso possa consultarli. I Dri. Savage, Barnes,

---

[1] Veggasi *Arch. Gén. de Méd.* 1848.
[2] *De l'Hématocèle rétro-utérine, et des Epanchements sanguins non-enkystés de la Cavité Péritonéale du Petit Bassin.* Paris, 1860.
[3] *Clinique Médicale sur les Maladies des Femmes*, vol. i. 1860. Translated by Dr. Meadows for New. Syd. Soc 1866-7.
[4] *Clinical Memoirs on Diseases of Women.* Dublin, 1863.
[5] *Obst. Trans.* vol. iii.
[6] *Edin. Med. Journ*, Nov. 1862.
[7] *On Effusions of Blood in the Neighbourhood of the Uterus.* Oxford, 1864.

e Pallen possono essere ricordati fra coloro che hanno più recentemente pubblicato importanti osservazioni. Le opinioni una volta espresse e sostenute circa questo stato patologico, da poco tempo scoverto, erano alquanto opposte fra di loro ed ancora si pensa diversamente sulla natura, sede e modo di origine dell'emorragia, quantunque la differenza in realtà sia minore di quella che si è ritenuta.

Bernutz, che sta innanzi a tutti gli altri per il dritto di essere ritenuto come il primo fra gli osservatori ed interpretatori moderni di questo stato patologico, giustamente insisteva sul danno del riguardare il versamento, il coagulo o tumore come una specie di entità e sulla confusione prodotta dal parlare dell'ematocele pelvico o dell'ematocele uterino come di una malattia *per se*; mentre in realtà non è che un sintoma, una conseguenza, un effetto, o un accidente, secondo il caso, dipendente da condizioni variabilissime. La parola « ematocele » si deve accettare come un nome opportuno, che indica semplicemente la presenza di sangue versato, e se usiamo il doppio termine « ematocele peri-uterino », che tutto sommato fa al caso, indichiamo un semplice versamento di sangue nelle vicinanze dell'utero. In questo senso l'useremo quì e senza nessuna restrizione, di qualsiasi specie, circa la sede precisa dell'effusione.

Le circostanze che menano al versamento di sangue nelle vicinanze dell'utero saranno ora ricordate, ma sarà bene indicare, primieramente, i siti anatomici in cui può aver luogo l'emorragia.

EMORRAGIA INTRAPERITONEALE.

L'emorragia può aver luogo nella cavità peritoneale, raccogliendosi il sangue nella pelvi, e stando sui e fra i visceri pelvici. Il sangue può provenire da qualche vaso della pelvi stessa o da un vaso della cavità addominale. Il sangue si raccoglie nella cavità pelvica, che riempie più o meno completamente, secondo la quantità uscita dai vasi. Se l'effusione procede rapidamente può uccidere l'inferma prima che abbia avuto luogo la coagulazione del sangue. Se avviene con lentezza, il sangue versatosi generalmente si coagula ed il coagulo è circoscritto ad un certo sito da prodotti flogistici o soltanto dal margine libero suo stesso. In questo caso dicesi che è encistico; ma, alcune volte, non vi è circoscrizione di sorta. È cosa ovvia che, quando il sangue si è coagulato, il coagulo formerà un tumore avente certi caratteri fisici e che, se il coagulo trovasi nella cavità pelvica, si può sentire attraverso le pareti vaginali coll'esplorazione digitale. Se questa si fa subito, si può sentire la fluttuazione, ma spesso è difficile percepire un'evidente fluttuazione. Se l'esplorazione si esegue subito dopo che è avvenuta la coagulazione,

il tumore si troverà molle e mal definito, tanto più che in questa epoca, probabilmente, sarà circondato da siero non ancora assorbito. Se l'esplorazione si fa più tardi il tumore sarà più duro e più resistente, e più tardi si troverà o che il suo volume è diminuito, ovvero che ha subito un processo di rammollimento o di fusione. Il sangue portato fuori coll' operazione ha una consistenza di sciroppo ed un odore speciale, paragonato dal Dr. Mattews Duncan a quello di fiori appassiti e leggermente guasti. È cosa ovvia che le note fisiche del tumore, come si sente attraverso la parete vaginale, varieranno secondo la quantità di sangue versato e la rapidità di questo versamento. Una copiosa e repentina emorragia darebbe origine ad un coagulo che riempie tutta la cavità pelvica, che s' insinua dietro l'utero ed ai suoi lati, fin dove si estende il peritoneo. In tal caso l'utero si sentirebbe incastrato in una massa di sostanza semisolida. D'altra parte, un' emorragia di poca quantità produrrebbe un coagulo che potrebbesi sentire soltanto in una parte della pelvi, per esempio, dietro l'utero, nello spazio del Douglas (« ematocele retro-uterino »). L'effetto prodotto sull'inferma dall'emorragia nella cavità peritoneale sembra che varii moltissimo. In un caso — e questa forse è la cosa più comune — provoca violenta flogosi; in un altro la presenza del sangue è meglio tollerata. L'effetto sull'inferma, quanto alla perdita del sangue, per necessità varia secondo la quantità perduta e la capacità dell'ammalata, in quel dato tempo, a sopportare perdite sanguigne di qualsiasi specie. È quasi inutile dire che quando un grosso coagulo occupa la cavità pelvica dà origine ai segni di « pressione » osservati nel caso di altri tumori pelvici, come defecazione difficile, difficoltà d'urinare, un senso di pienezza, dolori alle estremità inferiori ecc.

Può essere o no, come contende il Dr. Barnes, che leggerissime emorragie nella cavità pelvica peritoneale abbiano luogo spesso e clinicamente passino inosservate. Quando, però, l'emorragia è considerevole, i sintomi prodotti sono di carattere speciale, allarmantissimi, e di grande intensità. Questi sintomi sono quelli dell'emorragia e della peritonite combinati. L' inferma diviene estremamente debole ed al tempo stesso si lagna di un dolore insopportabile nella parte più bassa dello addome. La debolezza è più o meno continua ma ad intervalli è molto più forte. La stessa cosa si osserva quanto al dolore, poichè questo generalmente è continuo, ma soggetto ad aggravarsi talvolta ad un grado estremo. Una nota caratteristica dell'attacco è che comincia repentinamente e spessissimo incontra che coincida con un periodo mestruale. Giusta l'esposizione sintomatologica, del Dr. M'Clintock vi possono essere tre modi d' invasione: 1) La forma acuta e repentina; 2) Una forma meno grave e con effetti meno spaventosi, non essendo tanto evidentemente mi-

nacciata la vita; 3) Una specie di forma cronica, in cui i sintomi si rivelano gradatamente o l'un dopo l'altro.

EMORRAGIA PELVICA EXTRAPERITONEALE.

La parola « trombo » per qualche tempo è stata usata ad indicare un coagulo sanguigno nel tessuto cellulare delle grandi e piccole labbra o presso al limite esterno degli organi della generazione; e la parola evidentemente è altrettanto applicabile al coagulo prodotto



Fig. 152 [1].

da emorragie avvenute più in alto, cioè nel tessuto connettivo che sta vicino all'utero, nei ligamenti larghi ecc. Mentre, pertanto, il trombo degli organi generativi è stato da lungo tempo ben conosciuto, diversa è stata la bisogna per il trombo degli organi generativi interni. Ora si sa che un versamento di sangue vicino all'utero, nei siti sopra indicati, non è raro. Da alcuni autori il versamento (o il suo coagulo) è chiamato « trombo », da altri « ematocele periuterino ». Sicchè Bernutz soltanto ammette le emorragie intraperitoneali come causa di ematocele e ritiene le emorragie extraperitoneali come casi di trombo. Questo autore, bisogna notarlo, crede che la forma extraperitoneale della emorragia, relativamente, sia rara. È cosa più conveniente, però, abbandonare questa parola « trombo » e, se conveniamo con Bernutz o no circa la rarità dell'emorragia extraperitoneale, applicare la denominazione di « ematocele periuterino » alle emorragie che hanno questa posizione ana-

---

[1] La fig. 152 presenta il diagramma del tumore in un caso (P. H.) dell'*University College Hospital* in cui il versamento emorragico era chiaramente extra-peritoneale.

tomica. Se la nosologia fosse bene studiata di *nuovo* vi sarebbe da dire molto in favore di una nomenclatura diversa.

La sede dell'emorragia extraperitoneale. di cui ora trattiamo, è il tessuto connettivo che circonda l'utero e le ovaie ed i visceri

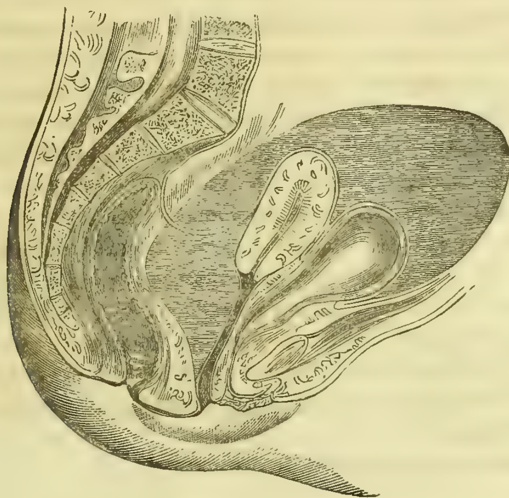


Fig. 153 [1].

pelvici in generale. La posizione e la forma del tumore che risulta dalla coagulazione del sangue così versato per necessità varia secondo la situazione precisa del vase da cui esce il sangue. Così, se il vase sanguigno sta innanzi all'utero il tumore, parimenti, starà innanzi a questo; e se l'emorragia continua il coagulo si può estendere da questo punto, lateralmente, verso ciascun lato. Se il vaso che dà sangue giace dietro l'utero, sarà evidente il coagulo in questo sito. I visceri pelvici sono spostati dal tumore che risulta dalla coagulazione, ad un grado dipendente per necessità dalla copia dell'emorragia. Il tumore si può estendere dalla cavità pelvica in alto fino all'addome. Il carattere fisico del tumore, durezza, mollezza ecc., è soggetto a variazioni dello stesso genere di quelle notate per l'emorragia extraperitoneale. Infatti, i caratteri fisici presentati dal tumore nella emorragia extra ed intra-peritoneale sono tanto uniformi, che durante la vita è appena possibile distinguerli. Il tumore in ambo i casi può elevarsi sopra la pelvi fino all'addome; nella forma extraperitoneale può essere grossissimo. I sintomi, per quanto si può accertare, non differiscono nei due casi e che ciò sia vero si può giu-

[1] La fig. 153 mostra di lato la posizione del tumore in un caso osservato nell' *University College Hospital.* Il versamento era considerevolissimo. Il perimetro del tumore è esattissimo, ma non è certo se il sangue era intra od extraperitoneale. Si diagnosticò extraperitoneale.

dicare dal fatto che si disputa se nella maggior parte dei casi l'emorragia è intra o extraperitoneale. Nell'ematocele extraperitoneale il tumore può scendere più giù nella pelvi; un'ematocele che si estende verso l'alto dalla vulva nella pelvi, sarebbe quasi certamente extraperitoneale; [1] le pieghe del peritoneo impedirebbero questa discesa del tumore nella forma intraperitoneale. Tranne questa eccezione, sembra che vi sia appena qualche cosa nelle note fisiche dei tumori, nei due casi, la quale li faccia distinguere. I cangiamenti che si osservano nel coagulo formatosi non differiscono materialmente, sia nell'emorragia intra, sia nella extraperitoneale. L'assorbimento, il rammollimento, l'ascesso, ecco gli effetti che possono seguirne. Uno stato piceo, sciropposo, del contenuto osservasi ordinariamente quando il sangue non è assorbito subito; i corpuscoli sanguigni divengono aggrinziti e contorti, sono misti a cellule di pus, a cristalli, a masse pigmentarie, ecc. Non raramente avviene che il tumore, a principio piccolo, s'ingrossa nel seguente periodo mestruale per la ripetizione dell'emorragia. Frattanto la flogosi continua la sua via e durante il progresso del versamento e dell'infiammazione combinati e simultanei il tumore aumenta.

Ora possiamo discorrere delle

CAUSE DELL'EMATOCELE PERIUTERINO.

Con questo nome si abbracciano tutti i casi in cui un versamento di sangue ha luogo nelle vicinanze dell'utero in modo da costituire un tumore percettibile attraverso le pareti vaginali, sia intra, sia extraperitoneale.

Rottura di qualcuno dei vasi del plesso uterino od ovarico. — Abbiamo già detto (veggasi « Fenomeni della mestruazione » p. 11) che lo stato dei vasi sanguigni che formano una fitta rete immediamente all'esterno dell'utero, in varie circostanze, patiscono una specie di erezione durante la quale si distendono ed allargano considerevolmente ed abbiamo detto che questa erezione, secondo tutte le probabilità, avviene durante la mestruazione, durante il coito ed in altre circostanze. Sotto le ovaie, nelle pieghe dei legamenti larghi, vi è anche un ricco plesso vascolare, il plesso pampiniforme, ed uno agglomeramento di vasi tortuosi ora conosciuto col nome di bulbo dell'ovaia; tutti questi vasi possono anche dilatarsi notevolmente.

---

[1] Importa, però, ricordare che il Dr. Phillips ha detto che la saccoccia retrouterina discende molto in basso in certi casi, tanto da permettere che un versamento di sangue entro di essa si avvicini più di quanto si avrebbe potuto supporre possibile, all'apertura vulvare. Veggansi le *Obst. Trans.* vol. XIII. pag 179. Spencer Wells anche ritiene che la saccoccia retrouterina si estende in basso più di quanto generalmente si crede. I disegni, a grandezza naturale, in questa edizione sono cangiati giusta questa correzione di opinione.

L'attività funzionale dell'utero e delle ovaie sta così in rapporto con un considerevole ingorgo e distensione dei plessi vascolari sopra detti. I tessuti uterini ed ovarici sono senza dubbio congesti al tempo stesso, ma è evidente che quando il sangue è limitato agli organi generativi interni la maggior parte di esso va a distendere i vasi molto larghi e numerosi dei plessi uterino e pampiniforme e del bulbo dell'ovaia.

Il Dr. Savage [1] fa notare la speciale libera comunicazione che vi è tra i sistemi venosi peritoneale e pelvico e che queste vene mancano di valvole. I plessi venosi che stanno intorno all'utero, al canale vaginale, all'uretra, ed all'entrata della vagina, hanno una scambievole libera comunicazione. Il Dr. Savage fa anche notare le ovvie ed importanti conseguenze che derivano da queste considerazioni quanto all'etiologia ed al corso degli ematoceli nella regione pudenda. La enorme emorragia, che talfiata si osserva nei casi di rottura delle varici vaginali, ecc., così è intelligibilmente spiegata. Il numero e la grandezza delle vene che costituiscono i plessi degli organi generativi della donna predispongono agli ematoceli.

Le cose precedenti hanno un' importante significato nella questione di cui ci occupiamo ; ci forniscono i mezzi di spiegare sodisfacentemente perchè può avvenire l'emorragia nel tessuto connettivo che circonda l'utero e nelle pieghe dei ligamenti larghi. I fatti clinici ampiamente confermano le conclusioni che si possono dedurre dalle considerazioni fisiologiche. La rottura di qualcuno di questi vasi può essere prodotta da un coito violento o dall'abuso di questo, da un esagerato sforzo corporeo di qualsiasi specie durante la mestruazione e forse anche in altre circostanze. Quando un vaso sanguigno si è rotto, il versamento di sangue può essere di poco conto o considerevole, secondo i casi. Talfiata la prima emorragia è leggiera, ma ripetendosi la causa eccitante si riproduce ed in ultimo si forma un considerevole tumore. La sede del vaso rotto determina la posizione del tumore. Quando è passionato il plesso uterino, l'emorragia, probabilmente, è quasi sempre extraperitoneale ; ma se la rottura ha luogo in un vaso del plesso pampiniforme o nel bulbo ovarico, facilmente può avvenire l'emorragia nelle pieghe del ligamento largo ed è extraperitoneale. I casi intraperitoneali sono con molta probabilità mortali, perchè vi è minor limite al grado della emorragia. Uno stato « varicoso » dei vasi nel plesso pampiniforme si è notato in alcuni casi in cui è avvenuta la rottura nella cavità peritoneale, ed è ragionevole ammettere, molte volte, uno stato varicoso cronico dei plessi venosi uterino ed ovarico.

A me sembra che, nella maggior parte dei casi, la sorgente del-

---

[1] Plate IV. *loc. cit.*

l'emorragia da cui deriva il tumore indicato col nome di « ematocele periuterino » sia quella ora citata. Quanto a ciò, d'altronde, le opinioni sono diverse. Nella maggior parte dei casi di ematocele periuterino le inferme guariscono e manca il dato anatomico. Il Dottor Mattews Duncan [1] ha ben ragionato sotto questo aspetto. La sua esperienza lo ha convinto che la forma extraperitoneale dell'emorragia probabilmente è una forma comune della malattia, giacchè i fatti clinici capitati sotto la sua osservazione sono stati opposti alla conclusione che una sede intraperitoneale dell' effusione fosse possibile in alcuni dei casi riferiti. Il Dr. Duncan ammette, insieme ad altri moderni autorevoli scrittori, che l' effusione sia intraperitoneale in molti casi. Dall'analisi dei casi pubblicati dal Dr. Tuckwell sembra che l'effusione fosse intraperitoneale in 38 su 41, in cui fu fatta l'*autossia*; vi può essere poco dubbio, infatti, che nei casi mortali l'effusione sia di gran lunga più frequentemente intraperitoneale; ma ciò, naturalmente, non implica una preponderanza numerica assoluta per i casi intraperitoneali.

Il Dr. Savage [2], alla cui accurata e ben illustrata opera sugli organi generativi della donna dobbiamo molto, osserva che: « Considerando i rapporti fissi del peritoneo pelvico, che, per quanto si sa, sono alterati soltanto dal lento processo distruttivo che accompagna la formazione di pus, sembrerebbe impossibile un'ematoma sottoperitoneale di gran volume ». Ma a me sembra che i fatti i quali ci sono noti per una rapida manifestazione,—considerevolissime infiltrazioni, le quali si accertano nel primo periodo di alcuni casi di cellulite pelvica, prima di avvenire qualche cangiamento di natura distruttiva—, mostrano a sufficienza che questi elementi pelvici peritoneali non oppongono un'ostacolo materiale alle abbondanti effusioni sotto di essi. Siccome le emorragie extraperitoneali non hanno tendenza mortale non possiamo addurre dati *necroscopici* paragonabili per numero all'altra classe di casi quando l'emorragia è indubitatamente intraperitoneale.

In fine, i fatti clinici mostrano che un tumore in origine situato nel ligamento largo o altrove può invadere il peritoneo e così può avvenire un'emorragia secondaria di gravissima importanza.

Apoplessia e rottura dell'ovaia. — Con questo nome si ponno abbracciare alcuni pochi casi di ematocele periuterino. Si possono formare raccolte di sangue nella sostanza dell'ovaia, probabilmente situate, per lo più, in un follicolo di Graaf ingrandito, costituendo una specie di cisti ematica. Questa cisti può rompersi e versarsi il sangue nella cavità peritoneale. La formazione di queste cisti ema-

---

[1] « On Uterine Haematocele », *Ed. Med. Journ.* Nov. 1862.
[2] *Op. cit.* Plate vi.

tiche nel primo caso resta nell'oscurità, ma la spiegazione della loro formazione probabilmente è la seguente: Un follicolo di Graaf non si rompe, come dovrebbe, nella tromba Falloppiana; entro di esso avviene l'emorragia, si dilata per il continuo arrivo di sangue ed avviene la rottura. Io qualche volta ho trovato i follicoli di Graaf patologicamente aumentati di volume e contenenti coaguli molto grossi. In certe malattie del sangue le cisti ematiche della ovaia così formate possono forse raggiungere un considerevole volume.

Emorragia durante la mestruazione dal follicolo di Graaf, *nella cavità peritoneale.* — Questa classe di casi è importantissima. Normalmente, prima che avvenga la deiscenza, ha luogo un certo grado di emorragia, la « mestruazione del follicolo » come l'ha chiamata il Dr. Tyler Smith. Il trasferimento dell'ovulo dalla cavità del follicolo al canale della tromba di Falloppio probabilmente è accompagnato da emissione di un pò di sangue dal follicolo nella tromba. Dopo che è avvenuta la deiscenza troviamo un coagulo sanguigno nel follicolo Graafiano rotto, che ordinariamente ha la grandezza di una noce. Ora è evidente che un' irregolarità o disturbo di questo processo fisiologico può dare origine ad emorragia nella cavità peritoneale. Se la tromba non è esattamente applicata al follicolo, il sangue e l'ovulo possono cadere nella cavità addominale (quando l'ovulo è stato fecondato può avvenire questo accidente come dimostrano i casi di gravidanza extrauterina) e se il sangue continua a versarsi dall' interno del follicolo o distenderà questo o passerà nella cavità peritoneale. Non abbiamo nessun mezzo per conoscere quale è la quantità normale di emissione di sangue dall' interno del follicolo. Ordinariamente si è ritenuto che questa quantità sia di poco conto. Di ciò, del resto, non vi ha nessuna prova ed in realtà vi sono molti buoni motivi per credere, con Gallard, che, per lo più, una parte non considerevole dell'emissione mestruale stessa provenga dal follicolo [1], il quale come è renduto probabile dalle ricerche di Rouget, rimane strettamente aggraffato dalle fimbrie durante tutto il periodo della mestruazione. Se questa ultima opinione è corretta è evidente che avverrà un'emorragia intraperitoneale, ove, per qualche accidente, la via per l'emorragia follicolare, cioè la tromba di Falloppio, non risponda allo scopo. Se lo stato del sangue è tale da favorire l'emorragia — come nelle febbri, nell'anemia, nella clorosi, nella porpora, ecc. — gli effetti di questo accidente si aggravano.

L'ematocele periuterino dipendente da questa causa sarebbe intraperitoneale. La formazione di una cisti ematica ovarica potrebbe precedere l'emorragia addominale.

---

[1] Veggasi la memoria di Gallard, *Arch. Gén. de Méd.* Oct., Nov., e Dec. 1860.

Emorragia dall'utero e dalle trombe di Falloppio *nella cavità peritoneale.* — Quando il prodotto mestruale non può uscire per la via fisiologica, a causa di mancanza congenita di questa via di uscita, ovvero per restringimento o chiusura acquisiti della stessa, può avvenire il reflusso del sangue, attraverso le trombe di Falloppio, nella cavità peritoneale e la formazione di un ematocele periuterino. Bernutz, nella opera già citata, si è grandemente sforzato ad illustrare questa classe di casi.

Qualunque cosa possa portare la ritenzione mestruale può finire coll'emorragia pelvica. Nei casi congeniti di questo genere la ritenzione mestruale è accompagnata da atresia del collo dell'utero, da mancanza della vagina o da imperforazione dell' imene. Nelle donne che hanno mestruato, la ritenzione mestruale può avvenire per infiammazione cronica del collo dell'utero, la quale ne chiude la bocca o materialmente la restringe ; per influenze traumatiche durante il parto o in altro modo; per cancro, ecc. E vi può essere ritenzione mestruale quando apparentemente si manifesta una leggiera emissione mestruale ; il versamento del sangue nell'utero può essere tanto che la bocca uterina non basti a farlo uscire. L'emorragia nella cavità peritoneale dall'utero e dalle trombe di Falloppio, da una di queste sorgenti o da entrambe, può così avvenire, sia dipendentemente da profusa mestruazione o dopo il parto, sia dopo l'aborto.

Più comunemente l'ematocele periuterino ha origine in un periodo mestruale, essendo preceduta l'emorragia da cessazione o da abbondanza della mestruazione ; è stato notato quasi sempre che la mestruazione precedentemente era irregolare. Insieme all'emorragia interna vi può essere o no l'esterna.

Rottura della cisti contenente il feto nella gravidanza extrauterina. — I sintomi prodotti dall'emorragia che ha luogo in queste circostanze generalmente sono molto gravi. Il sangue è versato nella cavità peritoneale, spesso in grande quantità.

Le note fisiche del tumore prodotto dal sangue effuso somigliano a quelle osservate in altri casi. Spesso la morte avviene prima che il tumore si sia sviluppato e reso evidente. Questa rottura può avvenire colla massima facilità quando il feto è contenuto nella tromba di Falloppio, e spessissimo in questo caso ha luogo tra il 2.° e 4.° mese.

Rottura della cisti del ligamento largo.—È avvenuta in un caso ricordato dal Dr. M. A. Pallen [1].

La rottura dello stesso utero gravido è una delle cause dell'emorragia intraperitoneale, benchè questo accidente, rigorosamente parlando, appartenga all'ostetricia. Il sangue versatosi nel peritoneo,

[1] *Amer. Journ. of Obst.* vol. lx. p. 69.

com'è naturale, in questi casi si raccoglierebbe nella saccoccia retrouterina.

Rottura di vene emorroidarie. — Sir J. Y. Simpson ricorda un caso [1] in cui un considerevole tumore situato fra la vagina ed il retto era formato da un coagulo, conseguenza di un'emorragia da uno dei vasi emorroidarii.

Emorragia dai vasi del peritoneo e da altre sorgenti. — Bernutz [2] descrive una forma di ematocele che risulta da pelvi peritonite emorragica. Ferber [3], Virchow, Rockwitz e Schroeder [4], circa l'etiologia generale dell'ematocele, hanno chiamato l'attenzione sulla possibilità di un'emorragia dai capillari formatisi nelle false membrane che covrono i visceri pelvici, le quali sono l'effetto del processo flogistico locale. Questa emorragia è analoga a quella osservata da Virchow nell'ematoma della duramadre, nel quale caso il sangue è effuso fra gli strati successivi della membrana flogistica.

Qui possiamo anche ricordare il raro accidente del *rompersi di un aneurisma* nell'addome, il cui consecutivo coagulo può essere situato in modo da presentare le note fisiche dell'ematocele periuterino.

Vi sono anche casi del genere di quelli su cui ha richiamato l'attenzione il Dr. M'Clintock ed i quali, per quanto oggi si sa, sono molto rari, cioè il versamento di sangue nel tessuto dell'utero stesso: la parte passionata è il collo uterino. Questi casi hanno luogo soltanto durante o subito dopo il parto.

Cause costituzionali dell'ematocele periuterino. — Qualunque stato dell'organismo che favorisce la produzione di un'emorragia, può da se solo, o insieme a qualcuna delle cause già ricordate, dare origine ad emorragia periuterina. Le febbri, il vaiuolo, ecc., in alcuni dei casi ricordati si sono accompagnati ad ematocele periuterino, disturbandosi così la funzione mestruale. Uno stato acquoso del sangue, come si osserva nelle donne anemiche, clorotiche, che presentano sintomi di porpora o di altre alterazioni sanguigne le quali si ponno ritenere come predisponenti all'emorragia in un periodo mestruale, possono, nel modo già indicato, essere la causa dell'emorragia periuterina. Trousseau chiamava ematoceli « chachettici » i casi di questo genere.

Cause traumatiche. — Sembra probabile che in non pochi casi l'ematocele periuterino sia prodotto da reale lacerazione e stiramento dei vasi nella pelvi, in seguito a spostamento dell'utero. Che i vasi si lacerino, è certo; che vi sono varie malattie dei vasi suddetti

---

[1] « On Pelvic Haematoma », *Med. Times and Gaz.* vol. ii. 1859.
[2] *Op. cit.*
[3] *Arch. f. Heilk* 1862, No. 5, p 431.
[4] *New Syd. Soc. Year Book*, 1869-70, p. 378.

le quali predispongono a tale rottura, è ben noto. Quantunque in alcuni pochi casi l'emorragia possa avvenire senza una speciale causa eccitante è pure un fatto che nella maggior parte dei casi l'accidente è stato provocato da un qualche esagerato sforzo fisico, di tal genere da dare, probabilmente, origine o da aggravare uno spostamento dell'utero. È anche una nota clinica di questi casi che l'accidente avvenga più facilmente nell'epoca del periodo mestruale, od appunto prima di esso o immediatamente dopo.

Ematocele prodotto da antiversione dell'utero. — Da non molto tempo all'*University College Hospital*, è stato sotto la mia osservazione un caso che confermò il sopra esposto principio. L' inferma era una cuoca che doveva star molto in piedi e sollevar pesi. Fu colta da ematocele periuterino. Quando il volume del versamento diminuì molto potette alzarsi, ma fu di nuovo attaccata dal dolore ed allora si scovrì che l' utero era antiflesso, apparentemente a causa del movimento fatto, e che vi era una ripetizione del versamento di sangue. Dopo un intervallo di riposo di nuovo potette alzarsi e di nuovo si ripetettero i fatti dell'altra volta, cioè dolore, antiflessione ed emorragia. Fu applicato un pessario prima che l' inferma si alzasse per la terza volta e non seguì altro versamento sanguigno. Sembra che in questo caso lo stiramento dei tessuti alla parte posteriore dell'utero (ove avvenne l'emorragia), a causa dell'antiflessione, avesse prodotto la lacerazione dei vasi nella detta regione, onde l'emorragia.

CONSEGUENZE.

L'assorbimento del coagulo è la cosa più comune e questo è l'esito più favorevole, in alcuni casi il tumore sanguigno si rompe nei visceri adiacenti. L' intestino è la via più spesso preferita ed allora il contenuto sciropposo della cavità è emesso nel defecare, ovvero di quando in quando si emettono masse simili a carne ed il volume del tumore diminuisce in proporzione. Il tumore si può aprire una via nella vagina: anche nel peritoneo, essendo prima stato o del tutto extraperitoneale o incistito nella cavità peritoneale. Questo ultimo esito è più sfavorevole ed avviene più specialmente quando si ripete l'emorragia.

DIAGNOSI.

Nei casi di ematocele periuterino, un tumore definito, o una durezza, una resistenza ed un'ottusità indeterminata, si possono trovare fino ad una distanza variabile sopra il perimetro pelvico. Può notarsi questo cangiamento fin oltre l'ombelico. In tali casi, ivi, è un'effusione di sangue, che, liquido a principio, poi si coagula e forma il tumore. La storia di questi casi è speciale, la formazione del tumore segue con rapidità, è accompagnata da debolezza e pro-

strazione allarmanti e da una sindrome di fenomeni a cui abbiamo già accennato (veggasi il capitolo sulla « Menorragia »). Le note fisiche del tumore variano secondo il periodo in cui si fa l'osservazione. La ritenzione di urina, che può essere prodotta dallo stato suddetto, potrebbe nascondere la vera natura del caso ; la distensione della vescica potrebbe, in tali circostanze, mascherare l'altro tumore.

Una delle forme di malattie ovariche si potrebbe confondere coll'ematocele periuterino ; così, in una delle importanti serie di casi pubblicate dal Dr. M'Clintock, il tumore formato dall'ematocele fu per un certo tempo ritenuto tumore ovarico, entro il quale era avvenuta l'emorragia. Le principali cose da tenere a mente nella diagnosi dei tumori che si sospettano costituiti da ematocele sono, la repentina formazione del tumore, la precedente manifestazione di qualche accentuato disturbo mestruale e la sensazione speciale comunicata dal tumore. I sintomi relativi alla mestruazione, che lo hanno preceduto, hanno il valore meno costante.

Importantissima è l'esplorazione vaginale. Generalmente si può sentire un tumore attraverso le pareti vaginali, costituito dal sangue o da masse di sangue coagulato in varii periodi di trasformazione e di variabilissimo volume.

Il tumore così costituito, per lo più, ha le seguenti note generali : la sua forma è rotonda, abbastanza ben definita, può essere duro o molle, secondo le circostanze che indicheremo ; per lo più circoscritto ad un solo lato della pelvi ; più comunemente il posteriore e le parti laterali ; in alcuni casi il tumore si sente che circonda l'utero da tutti i lati. La parete vaginale è spinta in basso ed il canale della vagina è invaso proporzionatamente al volume ed ai rapporti del tumore.

L'esame fisico del tumore, con un'esplorazione vaginale per mezzo del dito, può o no metterci in grado di diagnosticarne la natura, ma il suddetto esame, i sintomi presentati dall' inferma e la storia del caso, tutti insieme, per lo più rendono comparativamente facile la diagnosi.

L'anamnesi è del massimo aiuto nei casi dubbii. Il tumore rassomiglia moltissimo a quello prodotto dalla cellulite pelvica ; da questa si distingue per la rapidità della sua manifestazione, per la mancanza di quello stato caldo, tumido della vagina, qualificativo del periodo d'indurimento della cellulite pelvica, dalla mancanza di febbre a dallo stato d' inspessamento, quasi carnoso, della parete vaginale. Le sensibilità può essere perfettamente eguale in ambo i casi. Talvolta, l'effusione emorragica dopo un certo tempo suppura ed allora le note fisiche possono essere simili a quelle di un ascesso pelvico. Così a principio è facile la diagnosi differenziale fra l'ematocele e

l'ascesso, però, più tardi, può essere più difficile. L'ematocele periuterino si distingue da un fibroma per la mancanza di uniformità nella sua superficie e per la mancanza di relativa solidità. La diagnosi differenziale fra la gravidanza extrauterina (senza rottura) e l'ematocele periuterino, in alcuni casi può essere difficile, massime quando vi ha una perdita emorragica. Nella gravidanza extrauterina l'utero è ingrossato, ma l'ingrossamento, o almeno l'allungamento dell'utero si può osservare anche nell'ematocele (Duncan). Se si trattasse di un caso di sospettata gravidanza extrauterina a circa quattro mesi, la mancanza dei sintomi generali dell'ematocele confermerebbe il sospetto. La retroversione dell'utero gravido è stata confusa coll'ematocele periuterino; ma un attento esame del caso dovrebbe impedire la ripetizione di questo errore.

I tumori ovarici nei casi ordinarii non potrebbero confondersi coll'ematocele se non nel caso in cui la cisti ovarica fosse in uno stato d'infiammazione, e non si conoscesse la precedente presenza del tumore ovarico.

Nella maggior parte dei casi la manifestazione dei sintomi in un periodo mestruale, la loro instantaneità e la simultanea apparizione di un tumore piuttosto molle o fluttuante e di natura abbastanza determinata, che preme sulle pareti vaginali, complessivamente, indicano un'emorragia nelle vicinanze dell'utero. In quei casi, però, di ematocele periuterino, nei quali la manifestazione del tumore è più insidiosa, essendovi mancanza di sintomi accentuati nell'epoca del versamento, la diagnosi è più difficile. In questi casi latenti l'emorragia a principio è leggiera, ed il tumore aumenta di volume con lentezza.

Nei casi dubbii, l'uso del trequarti aspiratore sottile è utilissimo a coadiuvare la diagnosi. Quando il tumore è posteriore e desideriamo di accertare la fluttuazione, possiamo, con vantaggio, fare un doppio esame simultaneo, dal retto e dalla vagina. La diagnosi differenziale fra i casi di rottura della cisti contenente un feto nella gravidanza extrauterina e quelli di ematocele periuterino, non è affatto facile. Nei casi di rottura della tromba di Falloppio in cui è avvenuta la gravidanza, la diagnosi spesso poggia principalmente sul fatto che si sa essere la donna gravida o essa stessa l'ha sospettato. L'attenzione del medico forse è deviata dall'idea della gravidanza dalle perdite sanguigne che hanno luogo molto spesso nella gravidanza extrauterina e che erroneamente sono considerate come segno della mestruazione.

Finalmente, bisogna ricordare che un'ematocele talvolta si converte in un'ascesso: quando ciò avviene, indicherà quale è lo stato reale delle cose un'attento studio dell'anamnesi e dei segni fisici.

Cura.

Quando ha luogo la morte questa è prodotta, ordinariamente, o dall'emorragia e dal collasso, o dall'infiammazione del peritoneo; le indicazioni sono di arrestare l'emorragia, di prevenire l'infiammazione ed, in alcuni casi, di promuovere l'evacuazione all'esterno dei prodotti versatisi.

Occupiamoci primieramente dell'emorragia. Se la principale indicazione è di arrestare l emorragia, ciò che si giudicherà dall'estremo pallore e dalla avanzatissima debolezza dell'inferma, il nostro scopo è di agevolare la coagulazione del sangue già versatosi e d' impedire l'arrivo di altro sangue negli organi pelvici. Uno dei più importanti elementi della cura, perciò, deve essere l'osservanza dell'assoluto riposo nella posizione orizzontale, non pure durante l'attacco, ma fino al seguente periodo mestruale e durante lo stesso. L'applicazione del freddo mediante vesciche contenenti ghiaccio, poste sul pube e sulla parte inferiore dell'addome, è utilissima. Un'altro mezzo coadiuvante è l'iniezione di acqua ghiacciata nel retto. Richiede una grande attenzione l'amministrazione del cibo e delle bevande. Se l'inferma precedentemente era anemica, o se vi fosse motivo a credere che l'emorragia fu cagionata o mantenuta dalla natura acquosa o alterata del sangue, sarebbe necessaria una vittitazione più abbondante; ma nelle altre circostanze, e durante il periodo acuto, il cibo e le bevande si devono dare in quantità moderate. Per far cessare la grande prostrazione ed il collasso che si osservano in molti casi, bisogna dare generosamente il brandy o altri stimolanti. I rimedii interni, i cosiddetti emostatici, coadiuvano a combattere l'emorragia; ferro, ergotina, acido solforico, questi son da preferire.

Nei casi di emorragia intraperitoneale tanto esagerata da minacciare realmente la morte, come quando avviene la rottura di una cisti contenente nn feto, nella gravidanza extrauterina, bisogna decidere se occorre valersi di mezzi chirurgici per arrestare l'emorragia, per esempio l'apertura dell'addome come nell'ovariotomia, e legare i vasi da cui si perde il sangue. Non vi ha dubbio che questo metodo di cura è giustificabile ed anche necessario nei casi sopra detti; la sola difficoltà consiste nel far la diagnosi precisa dello stato dell'inferma. Si eseguirà l'operazione e si eviterà la morte per emorragia quando la diagnosi di questi casi sarà meglio conosciuta.

La questione relativa all'opportunità di pungere il tumore quando non vi sono sintomi urgenti è stata risoluta con una certa diversità di opinioni; alcuni pratici la sostengono, altri la rifiutano o la limitano a quei casi in cui il versamento non è affatto intraperitoneale. Ordinariamente è meglio ricorrere quanto meno è possibile a

mezzi chirurgici, giacchè, facendo una puntura, vi ha il timore di provocare l'infiammazione della parte interna del sacco, l'infezione purulenta e le sue mortali conseguenze. Trousseau [1], in una stupenda lezione clinica su questo argomento, si è dichiarato contrario alla puntura. Il Professore Braun di Vienna, afferma che in sei casi in cui fu fatta la puntura ed evacuato il sacco, seguì la guarigione. In tre casi adottò una cura passiva con eguale successo.

Sir J. Y. Simpson raccomandava che bisogna pungere se il tumore s'ingrossa per infiammazione o altrimenti. Nélaton e Voisin limitano l'intervento chirurgico ai casi nei quali si ha violento dolore con aumento di volume e pericolo di rottura nella cavità peritoneale.

L'opinione del Dr. Mattews Duncan su questa quistione è questa: Se il sangue resta in forma di coagulo, probabilmente si riassorbe ed allora la puntura non è necessaria. Quando ha luogo la decomposizione il Dr. Duncan crede che il sangue si mescoli a pus ed è quasi certo di essere evacuato ed allora può essere necessario l'intervento chirurgico. Allora il medico dovrà determinare se deve affidarsi alla natura o intervenire; talfiata, spesso è buona pratica aprire il sacco e in altri casi è l'unica pratica buona. L'operazione si deve eseguire per evitare il pericolo di una rottura o per abbreviare e diminuire le sofferenze dell'inferma. Il Dr. M'Clintock, il quale aveva avuto un considerevole numero di casi da curare, era contrario all'uso del trequarti, a meno che sintomi urgenti non si manifestassero a causa del volume o della pressione meccanica prodotta dal tumore; ed allora neppure la consigliava se non si era in un periodo cronico [1]. Il Dr. Meadows è favorevole all'intervento chirurgico quando il tumore è tanto grande che l'utero è spinto contro il sacco o contro il pube, rendendo difficilissimi l'urinare ed il defecare, mentre il tumore si eleva considerevolmente oltre il perimetro pelvico. Egli giustifica la sua opinione riferendosi alla grande mortalità dei casi di Bernutz. Il Dr. Barnes è più concorde col Dr. Mattews Duncan. Io, nei casi di più grave natura (20 o 25) venuti sotto la mia osservazione, non ho eseguito mai la puntura, benchè una volta fossi in procinto di ricorrervi. Ho avuto soltanto un caso di morte. In complesso sembra che la puntura fatta scrupolosamente ed in modo da evitare la penetrazione dell'aria, nei casi gravi, abbrevii la durata della malattia, ma in generale io sono contrario a questa operazione.

Le difficoltà dell'operazione spesso non sono di poco conto ed è necessaria una grande attenzione per non ferire la vescica o altri

[1] L'Union Méd. Dec. 1861.
[2] *Op. Cit.* p. 271.

visceri. Primieramente bisogna introdurre nella vescica una sonda per rendere evidente il rapporto che essa ha col tumore. Nell'operare bisogna scegliere il punto che protubera di più nella vagina, e che sia tanto vicino alla linea mediana quanto è permesso dalla natura del caso. La prima apertura si deve fare piccola, ma quando è completamente certo che si è raggiunta la cavità, bisogna ingrandirla. Per fare uscire i coaguli è necessaria una larga apertura. Si deve badare a non far entrare aria nella cavità e poi si deve eseguire sull'addome, in un modo continuo, una leggiera pressione. Se si manifestano sintomi di pioemia si cureranno coll'amministrare gli stimolanti generosamente, la china, l'ammoniaca, ecc. L'iniezione di acqua nella cisti non è da raccomandare tranne nel caso in cui il suo contenuto si sia fatto putrido.

Quanto a quei casi in cui l'affezione giunge in alto nell'addome si può domandare se debbasi o non debbasi eseguire un'operazione addominale. In un caso riferito dal Dr. Duncan fu fatta la paracentesi e l'inferma guarì. Questa operazione si può accettare solamente in casi eccezionali e quando il tumore è molto grosso.

Parliamo ora della peritonite. L'estremo dolore che si prova in questi casi è per sè stesso un male e si deve combattere coll'oppio a dosi abbastanza alte. I più opportuni rimedî antiflogistici, supposto che si debbano usare, sembra che siano le sottrazioni sanguigne locali per mezzo delle mignatte applicate sull'epigastrio, le quali faranno anche diminuire il versamento interno del sangue. I cataplasmi ed il calore, tanto utili nelle comuni peritoniti, sembrerebbero totalmente controindicati, tanto più che l'emorragia forse aumenterebbe facendone uso.

Grandi precauzioni richiede il governo successivo dell'inferma. Tutto ciò che possa eccitare o provocare congestione degli organi genitali deve essere evitato. Si prescriverà all'ammalata di non fare molto moto, di essere moderata in tutte le cose, ma soddisfare bene i bisogni dell'organismo. Lo stato anemico in generale reclama i tonici, i preparati di ferro ecc., badando, mentre si rinfrancano le forze dell'ammalata, ad evitare un affrettato consumo di queste forze. Non si dovrebbe permettere il coito prima che sieno trascorsi alcuni mesi almeno. Una donna che già ha avuto una volta l'ematocele periuterino ha bisogno di una continua e scrupolosa vigilanza per un notevole periodo di tempo; gli sforzi di qualsiasi genere, come che di grado leggiero, possono provocare una ripetizione della malattia, ove si facciano prima del tempo debito. Nell'ospedale ho visto una donna che ebbe tre volte l'ematocele periuterino ad intervalli abbastanza lunghi.

[Aggiungo qui poche cose relative alla cura dell'ematocele periuterino allo scopo di sviluppare più ampiamente ciò che ha detto Graily Hewitt.

Per l'ematocele periuterino vi è una profilassi e questa consiste nel guar-

darsi colla massima attenzione dalle fatiche esagerate e dagli sforzi, dal ballare, dal saltare, dal subire l'azione del freddo, dal far lunghi viaggi nell'epoca del periodo mestruale. Quelle donne le quali hanno vene varicose alle estremità inferiori, alla vulva o nel retto e che hanno profuse mestruazioni e dolorose, debbono evitare tutte quelle cause che possono provocare l'ematocele.

Se è avvenuto un aborto nei primi mesi della gravidanza l'inferma per molti giorni consecutivi deve stare in posizione supina e non fare nessuno sforzo.

Se è già avvenuto una volta l'ematocele, benchè leggiero, nelle mestruazioni successive l'inferma deve ricorrere a tutte quelle misure coll'attuazione delle quali si previene la ripetizione dell'emorragia

Circa l'opportunità della puntura, quando è avvenuto l'ematocele, le opinioni degli autori, come ha fatto ben rilevare Graily Hewitt, sono controverse. Ecco come si esprima Barnes a questo proposito: « Fino a che « le molestie locali non reclamano urgentemente un rimedio, fino a che il « tumore resta duro, fino a che non si manifesta nessun sintomo di setti- « coemia o di febbre infiammativa è saggia condotta attenersi al metodo « aspettante, osservando un rigoroso riposo ed astenendosi da qualsiasi « intervento locale. Ma quando il tumore diviene molle e si fa eccessiva- « mente grande, quando il polso e l'elevarsi della temperatura segnalano la « setticoemia, allora è il caso di mettere in campo la puntura »,

Il punto comune per pungere è la porzione superiore del cul di sacco vaginale, nel quale per lo più vi è la massima protuberanza. In taluni casi la sporgenza maggiore è nel retto ed allora può essere giustificata la puntura dal retto, come che sia da evitare per quanto è possibile il suddetto punto, giacchè, come bene fa notare Priestley, « l'irritante ed esauriente diarrea prodotta dall'evacuarsi dell'ematocele nel retto spesso è causa di altro pericolo per l'inferma, già molto indebolita dai precedenti progressi del male ».

Quando la raccolta sanguigna è abbastanza liquida si può usare un comune trequarti da vescica. S'introduce nella vagina l'indice della mano sinistra e si fa giungere fino al punto più sporgente del tumore, colla mano diritta si guida il trequarti sull'indice sinistro e s'infigge nella direzione dell'asse dell'entrata della pelvi, parallelo alla parete posteriore uterina. Il trequarti deve penetrare profondamente nel tumore, altrimenti non oltrepassa i suoi strati esterni coagulati e che spesso sono notevolmente grossi. Il cannello del trequarti si lascia applicato per l'evacuazione del liquido, o vi si sostituisce un tubo da drenaggio. Se la massa sanguigna è tutta coagulata fa d'uopo allargare l'apertura fatta col trequarti per mezzo del bistori o del tenotomo o, meglio, del coltellino che fa parte del termocauterio di Paquelin e poi portar via i coaguli col dito o col cucchiaio. Non sempre che, ritirato il punteruolo, non esce nulla si deve concludere che la massa sia tutta coagulata, poichè potrebbe esservi liquido e non uscire perchè qualche piccolo coagulo ottura il cannello del trequarti. In un caso da me punto per la via del retto (era presente il mio amico Dr. C. Vittorelli), essendo avvenuto ciò, prima di allargare l'apertura, introdussi un lungo specillo attraverso il cannello e così, avendo smosso e frantumato il coagulo, venne subito fuori il liquido. Gli strumenti erano stati lavati in una soluzione di acido fenico (5 %), la puntura fu preceduta da un clistere fenicato. Fatto il vuotamento, iniettai acqua fenicata al 2 1/2 % e continuai questa pratica fino alla completa guarigione. Non vi fu mai febbre.

Quando si asportano i coaguli col dito o cucchiaio bisogna esser molto cauti e manovrare con molto garbo e circospezione].

CAPITOLO XLI.

CELLULITE PELVICA, PERITONITE PELVICA ED ASCESSO PELVICO.

Infiammazione periuterina; sua frequenza, natura e sede — Corso e progresso dei prodotti versati — Sintomi ed effetti della cellulite pelvica.
Diagnosi.
Sede delle affezioni infiammative intrapelviche — Questione sulla flogosi intra o extraperitoneale — Anatomia dello spazio del Douglas — Perimetrite e peritonite pelvica.
Cellulite pelvica. — Modo di diffusione, risoluzione o trasformazione in un ascesso — Cause — Storia.
Ascesso pelvico.
Peritonite pelvica. — Casi gravi tipici — Casi cronici.
Cura. — Assoluta necessità del riposo — Medicine — Dieta — Vuotamento dell'ascesso.

Le malattie classificate sotto i precedenti nomi hanno un' importanza ed interesse grande. Queste affezioni, inoltre, si possono qualificare come speciali del sesso femminile. Non di raro sono mascherate o restano sconosciute fino ad un periodo avanzato del loro corso, e le conseguenze sono spesso gravi nel più alto significato della parola.

Le malattie che qui dobbiamo descrivere sono contraddistinte dal versamento di prodotti morbosi nello spazio che circonda l'utero e le ovaie e dalle trasformazioni subite da queste materie versate, delle quali trasformazioni una è il passaggio dei prodotti suddetti in un liquido purulento o puriforme. Nel corso di questi casi si scovrono tumori di varie forme e consistenza, in generale non lungi dall'utero, fra questo ed uno dei lati della parete pelvica. Questi tumori sorgono rapidamente, restano, per lo più, durante un tempo considerevole e spariscono o per assorbimento graduale della sostanza che li compone o per fusione e rottura alla superficie cutanea, nella cavità peritoneale, nelle intestina o nella vescica.

I versamenti, almeno spesso, sembra che sieno la conseguenza della penetrazione di una sostanza irritante dall' esterno. Si osservano sovente durante lo stato puerperale, dopo il parto a termine o dopo aborti; possono dipendere da operazioni sugli organi generativi interni o esterni, dall' introduzione di una tenta nel canale

uterino o dall'esecuzione di una grave operazione come l'ovariotomia, o di un'operazione semplice come l'asportazione di condilomi dalle grandi o piccole labbra. Queste affezioni non sono quasi mai idiopatiche.

In varie epoche si è discusso molto sulla frequenza relativa del versamento pelvico intra ed extraperitoneale ed è notevole che gli osservatori in generale si dichiarano partigiani decisi di un'opinione quasi esclusiva, ed un piccolo numero soltanto ammettono una più equa distribuzione dei casi sotto l'una o l'altra categoria.

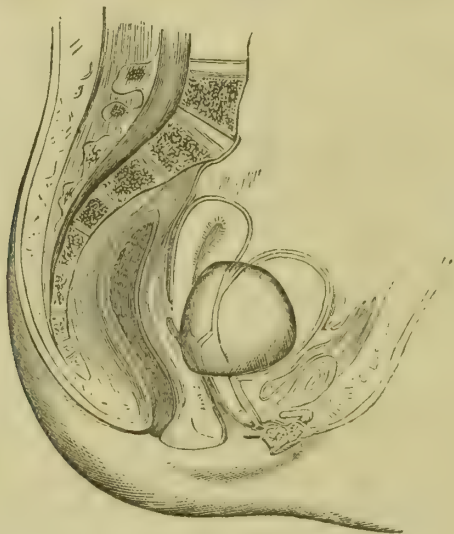


Fig. 154 [1].

Sicchè da una parte abbiamo autori i quali sostengono che nella maggior parte dei casi in cui avvengono versamenti flogistici nella pelvi la sede reale sia il peritoneo ; allora si usano i nomi di « peritonite pelvica » o di « pelvi-peritonite ».

Da un' altra parte, per molti la sede suddetta, il più delle volte, è il connettivo che sta fuori del peritoneo.

Si può credere che sia facile sciogliere la questione colle osservazioni cliniche, ma in realtà non è così. Moltissime donne guariscono ed allora non si può avere la dimostrazione *necroscopica*; nè dal fatto che un'*autossia* rivela la peritonite pelvica in alcuni dei casi di morte o che nella maggior parte delle *autossie* fatte, si è trovata, bisogna affatto concludere assolutamente che nei casi non mortali, i quali costituiscono il maggior numero, la sede del versamento sia anche intraperitoneale.

[1] La fig. 154 mostra il perimetro del versamento (a destra dell'utero) in un caso datosi all'*University College Hospital*.

Uno dei fatti decisivi per la questione è anatomico, cioè l'estensione fino a cui giunge normalmente lo spazio del Douglas in basso, dietro la vagina. Il Dr. R. B. Maury fa notare, insieme ad altri scrittori, che nella precedente edizione di questo libro ho dato un disegno inesatto dello spazio del Douglas e che in realtà questo spazio giunge molto più in basso di quanto io ho disegnato.

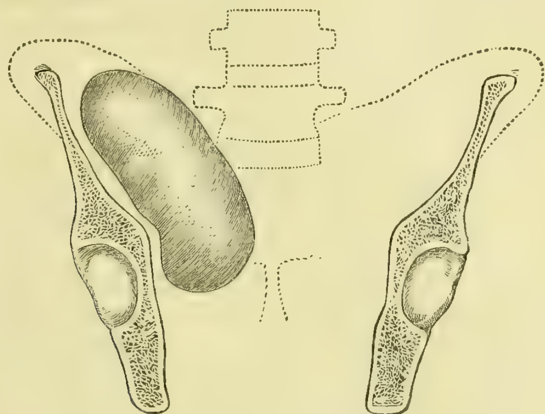


Fig. 155 [1].

Confesso che le testimonianze degli scrittori, del Dr. Phillips, di Spencer Wells e di altri è favorevole all'opinione del Dr. Maury su questo punto, e nelle nuove figure annesse a questa edizione lo spazio del Douglas è rappresentato secondo le conclusioni testè fatte (veggasi pag. 518). Sicchè in alcuni casi in cui l'effusione trovasi in basso dietro la vagina vi è certamente la probabilità, maggiore di quanto prima supponevasi, che l'effusione fosse intraperitoneale. (Per analogia si applica lo stesso ragionamento alla questione circa la sede della emorragie in questo punto. Veggasi il capitolo precedente).

Il risultato delle mie personali osservazioni è stato che in questo paese il maggior numero dei casi di cosiddetta infiammazione pelvica sono casi in cui la sede dell'effusione è esternamente al peritoneo e che le parole « cellulite pelvica » si adattano rigorosamente ad essi. Il Dr. Mattews Duncan, seguendo Virchow nella sua nosologia, vorrebbe chiamare questi casi col nome di « parametrite [2] ». Il Dr. Prie-

---

[1] La fig. 155 rappresenta i limiti del versamento veduto di fronte. Riguarda lo stesso caso della fig. 154.

[2] Virchow propose di chiamare *perimetrite* la peritonite pelvica e *parametrite* la cellulite pelvica, ma queste denominazioni messe in campo dall'illustre patologo credo che potrebbero dar luogo a confusioni invece di agevolare lo studio dell'argomento.

Oltre i sopradetti, si sono anche usati i nomi di cellulite periuterina, flemmone periuterino, metroperitonite, infiammazione perimetrica, ascesso pelvico. ecc., per indicare la peritonite o la cellulite pelvica, ovvero entrambi. Barnes indica amendue queste affezioni col nome d'infiammazione perimetrica. SCAMBELLURI.

stley[1], il quale ha scritto un resoconto molto completo su questo argomento, preferisce il nome di « cellulite pelvica ». Insieme ad altri autori di fama il Dr. Priestley sembra che consideri la cellulite pelvica come il fatto più frequente. Il Dr. Emmet ritiene che la cellulite peri-uterina sia rara nelle donne non gravide, mentre in tali casi è comune la peritonite pelvica. La principale autorità nel campo opposto è Bernutz, seguito dal Dr. Tilt e dal Dr. Meadows in questo paese; questi ultimi scrittori ritengono la peritonite pelvica essere l'affezione più comune.

Non è da mettere in dubbio che la *necroscopia* ed i risultati dell' esame fisico durante la vita in certi casi siano in favore degli essudati, delle effusioni, delle contrazioni e delle adesioni pelvici peritonitici forse un numero considerevole di volte e bisogna altresì concedere che la peritonite pelvica possa avvenire come fatto indipendente ed isolato.

Giudicando dalle osservazioni e dalle opinioni di coloro che principalmente sostengono la peritonite pelvica, per esempio Bernutz, sembra che in un numero considerevole di casi di peritonite pelvica l' influenza della gonorrea debba essere tenuta in conto. Avendo presente l'analogia fra il testicolo e l'ovaia non dovrebbe sorprendere che questa ed il suo involucro peritoneale s'infiammassero nei casi di gonorrea. Sembra che il Dr. Thomas sia di questa opinione.

Certi fatti che sono venuti in mia conoscenza mi porterebbero a concludere che la peritonite pelvica, con effusione più o meno considerevole, si può osservare nei casi di origine gonorroica.

Nel trarre qualche conclusione generale dai fatti ricordati dai varii osservatori probabilmente si è tenuto conto del luogo ove le osservazioni furono fatte. Per esempio, appare dalle osservazioni del Dr. Emmet che l'infiammazione pelvica è facile ad aver luogo nelle inferme curate a New York con un grado ed una frequenza che sembra non si siano osservati a Londra. Può stare che la supposta maggior frequenza della peritonite pelvica a Parigi dipenda da particolarità climatiche o locali, forse anche dalla influenza e dalla frequenza dell'elemento gonorroico maggiori in un sito che in un'altro. Un risultato possibile dell' infiammazione pelvica è la formazione del pus e così ha origine quello che generalmente è stato chiamato « ascesso pelvico ». Questa non è una malattia distinta, ma soltanto un esito speciale della preesistente effusione pelvica.

CELLULITE PELVICA.

Il primo effetto osservato nei casi di cellulite pelvica è l'avvenimento di un'effusione che, quantunque, forse, liquida a principio,

[1] *Reynolds' System of Medicine*, vol. x.

subito assume un certo grado di durezza che si rivela al tatto e più tardi diviene durissima. Questa durezza della sostanza effusa fu primieramente descritta da Doherty ed ora è una nota fisica ben conosciuta di queste effusioni. L'effusione può essere di grado leggiero o più diffusa ed estesa. Parrebbe che in alcuni casi sia di natura transitoria, costituendo una specie di edema che può subire un assorbimento piuttosto rapido; ma nella maggior parte dei casi persiste, la durezza aumenta, forse l'effusione si estende e diviene più considerevole. Il Dr. West la descrive come « edema acuto purulento ». Virchow, il quale ha esaminato in modo speciale i prodotti effusi, la descrive col nome di « metrite e parametrite puerperali diffuse » ; i tessuti si tumefanno, s'ingrossano, s'induriscono e divengono edematosi ed il liquido, prima trasparente, poi opaco, cola al taglio. Le cellule sono ingrandite, il loro contenuto è più denso; si aprono e si vedono gruppi di cellule più piccole, granulose, rotondeggianti. Ulteriormente può incontrare che si producano coagulazione e propagazione ai linfatici che vi stanno e si ha la metamorfosi purulenta.

La sede dell'effusione di cui ora parliamo è il tessuto areolare che sta vicino all'utero e per lo più trovasi ai lati dell'utero, fra le pieghe del ligamento largo, ma può stare innanzi e dietro all'utero stesso. Appunto per i casi in cui l'effusione avviene *dietro* l'utero è dubbio che la maggior parte di essi sono o no realmente casi di cellulite pelvica.

Stabilitasi, l'effusione può giungere ad una considerevole distanza nella pelvi ed anche oltrepassarla. L'effusione, però, segue certe determinate vie, giacchè le aponevrosi pelviche sono disposte in modo che la propagazione per necessità ha luogo in queste direzioni definite. König[1] dà il risultato di alcuni importanti esperimenti su questo argomento fatti sul corpo di donne morenti dopo il parto. Furono fatte iniezioni di aria o di acqua nel tessuto connettivo sotto il legamento largo. Gli effetti furono — 1. Essudato nel tessuto connettivo vicino alle trombe ed alle ovaie prima lungo i muscoli psoas ed iliaco e poi nella pelvi propriamente detta. 2. Essudazioni partenti dalla parte antero-laterale del tessuto connettivo, ove il corpo dell'utero si unisce al collo, riempiono prima il tessuto connettivo della vera pelvi lateralmente fino all'utero ed alla vescica e poi passano col ligamento rotondo verso il ligamento di Poupart e nella fossa iliaca esternamente ed in dietro. 3. Partendo dalla parte posteriore della base del ligamento largo le parti prima riempite sono le posteriori e laterali della pelvi, cioè lo spazio del Douglas e l'essudazione allora segue le vie descritte sotto il numero 1. Come io stesso ho osservato, l'effusione può anche passare fuori la pelvi

[1] *Archiv. f. Heilkunde*, No. 6, p. 481.

attraverso la grande e la piccola incisura sacro-sciatica. Può altresì passare attraverso la pelvi innanzi alla vescica da un lato all'altro e giunta superiormente all'orlo pelvico può giungere in sopra ad una considerevole distanza, dissecando il peritoneo dall'aponevrosi addominale e situandovisi in mezzo. L'effusione, quando è copiosa, spinge l'utero verso il lato opposto della pelvi. Quando è considerevolissima sembra inseperabile dalla parete pelvica, ma i suoi confini nelle altre direzioni generalmente sono ben distinti. La superficie che si può toccare è levigata e rotonda.

Quando l'effusione è posteriore all'utero forma un grosso tumore che può spingere l'utero tanto in avanti da farlo sembrare aderente alla sinfisi ed in giù si estende verso la vulva, dietro la vagina. Appunto riguardo a questi casi speciali è dubbio se l'effusione sia realmente nel peritoneo, almeno in alcuni casi.

L'effusione, sopraggiunto l'indurimento, resta per un certo periodo, in generale parecchi giorni almeno, e poi si assorbe, dissipandosi insensibilmente, *o si converte in un ascesso*. Quando la metamorfosi in pus ha luogo, il liquido così costituito si evacua nella vagina, nella vescica, nel retto e talvolta nel peritoneo, o esce totalmente dalla pelvi e va nell'inguine, nella regione iliaca o nella regione glutea, o in basso al lato interno della coscia, formando un evidente tumore esterno che o si rompe o sparisce. La formazione di un tumore esterno non indica necessariamente la presenza di un ascesso, giacchè l'effusione può passare all'esterno, senza trasformarsi in pus: la rottura, quando avviene, può seguire all'interno senza che si formi nessuna apertura esterna. Il Dr. Clintock trovò che in 70 casi di cellulite pelvica, d'origine puerperale, vi furono questi esiti: 37 finirono colla suppurazione ed uscita del pus; 24 di questi si ruppero o furono aperti all'esterno, cioè 20 nella regione iliaca, 2 sopra al pube, 1 nella regione inguinale ed 1 accanto all'ano; 6 si evacuarono dalla vagina, 5 dall'ano e 2 si aprirono nella vescica. In nessuno di questi casi puerperali l'ascesso si aprì nella cavità peritoneale, mentre questa conseguenza si osservò parecchie volte in un numero molto più piccolo di casi non puerperali. Il Dr. West afferma che su 52 casi 34 volte il ligamento largo fu la sede dell'affezione, 14 il connettivo che sta fra l'utero ed il retto, e 3 quello fra l'utero e la vescica. In 27 di questi 52 casi il pus si evacuò all'esterno.

Il tempo in cui dura la manifestazione, la permanenza e la sparizione dell' effusione può essere, e spesso è, molto considerevole, occupando in non pochi casi molte settimane, ed in qualcuno mesi. Quando il pus si è formato, il corso della malattia può essere molto cronico e quando, come accade qualche volta, la cavità comunica colla vescica o col retto, l'apertura assume una natura fistolosa e si trova molta difficoltà a procurarne il libero scolo e la chiusura. Una dif-

ficoltà simile talvolta s'incontra quando l'ascesso si annida fra i muscoli della coscia.

Cause. — Molti casi di cellulite pelvica hanno luogo dopo il parto ed in queste circostanze sembra che dipendano o da una lesione dell'utero durante il parto, per esempio una lacerazione del collo, o da un' infreddatura; ovvero hanno rapporto con qualche movimento o sforzo prematuro fatto dall'inferma. Il modo con cui si mostra la malattia e le particolarità relative al caso generalmente fanno conoscere che la causa diretta è il passaggio di un materiale settico nei vasi sanguigni, o forse nei linfatici, o in entrambi e che ciò produce l'effusione. Un' offesa od abrasione della bocca dell' utero probabilmente è la porta di entrata di questo materiale settico in alcuni casi; in altri può essere la imperfetta chiusura dei vasi nel punto d' inserzione della placenta. In parecchi casi ho osservato che l'attacco era, molto chiaramente, prodotto da prematuro sforzo fisico che si può ritenere, abbia menato all' assorbimento settico disturbando la contrazione dell'utero o spostando i coaguli dei vasi uterini imperfettamente chiusi. Non mi sembra che le infreddature sieno così spesso la causa di cellulite pelvica post-puerperale, come è stato supposto, quantunque non si possa negare che la cellulite si mostri dipendente in alcuni casi dalle infreddature o dall'applicazione esterna del freddo [1].

La contusione o lacerazione del collo dell' utero sembra che sia la causa più comune della cellulite pelvica. I due esempî tipici di questa sono le offese durante il parto e quelle indipendenti dal parto, prodotte da una tenta o dall'uso della sonda uterina, o in qualche altra simile maniera.

La *storia* dei casi di cellulite pelvica, di cui quelli consecutivi al parto possono essere ritenuti esempî tipici, generalmente è caratteristica. Brividi, dolore più o meno forte, polso celere, febbre irritativa distinguono l' irrompere dell'azione flogistica; ma questi sin-

---

[1] Oggi, in vero, che la pretesa azione delle cause reumatizzanti si va escludendo per molte malattie, poichè si è conosciuto che queste sono prodotte da penetrazione nell' organismo di esseri organizzati, a buon dritto possiamo asserire, specialmente per la cellulite pelvica post-puerperale, che l' influenza delle infreddature è ipotetica. Infatti quante vie aperte non presentano le donne che hanno partorito e da cui possono penetrare i germi infettivi?

Nello stato non puerperale può sorgere idiopaticamente la cellulite pelvica?. Gli studii recenti tendono a dimostrare che invece è sempre secondaria ad una flogosi acuta dell' utero e delle sue appendici. Fra le cause più comuni sono da notare le iniezioni vaginali troppo forti, la brusca cessazione dei catameni in seguito ad influenze perfrigeranti, l' uso di siringhe di acqua fredda dopo il coito, allo scopo di evitare il concepimento, l'abuso del coito, segnatamente quando vi è già qualche malattia uterina, i maltrattamenti meccanici fatti dal chirurgo, l'uso della laminaria o delle spugne preparate, o dei pessarii intrauterini, l'applicazione di caustici al canale cervicale, le iniezioni stittiche o di altre sostanze irritanti nella cavità uterina, l'uso poco accorto della sonda, l' incisione o amputazione del collo dell'utero, i tentativi di enucleazione di fibromi uterini, la gonorrea, i morbi maligni dell'utero. delle sue appendici, o del retto, e qualsiasi operazione in questa regione, come la legatura di emorroidi, ecc. SCAMBELLURI

tomi iniziali possono mancare, l' inferma diviene gradatamente tale senza manifestazione di sintomi acuti di qualsiasi genere. Così non è infrequente per un'ammalata, la quale può aver superato il periodo del puerperio abbastanza bene, il presentare tre o quattro settimane più tardi sintomi di malessere generale; diviene sempre più debole, dimagra, si lamenta di dolore alle gambe o nella pelvi, l' appetito e la digestione si alterano, vi sono di quando in quando brividi, e dopo che questi sintomi hanno durato una o due settimane si rendono evidenti i più rilevanti sintomi pelvici, difficoltà e dolore nel defecare e nell'urinare. Se si tenta di fare un movimento si suscita dolore; si può credere che questo sia dovuto alla semplice debolezza e restare ignoto il male vero. Vi ha, però, sin dal principio, polso celere. Quando siamo chiamati a visitare l' inferma in un periodo un poco più tardivo, per lo più troviamo che vi è stato un sufficiente grado di dolore e molestia pelvici, dolore e difficoltà nell'urinare e nel defecare, febbre alta, temperatura fino a 38°,5 o 39°,0 con aggravamenti vespertini, sudori notturni, dimagramento, diarrea e tutti i segni di un disturbo generale violento e pericoloso e la presenza del tumore testè accennato forse è l'ultima cosa che si scopre. Questi sintomi, però, possono mancare. Il tumore non è sempre doloroso al tatto, benchè la vagina in generale sia sensibile e calda al tatto; la parete vaginale che lo copre è ingrossata, dura e comunica una sensazione ben diversa da quella che vi ha quando un tumore di altra natura fa semplicemente pressione sovra essa e non vi ha connessione per essudato flogistico, ecc.; in un periodo più tardivo della malattia la sensibilità può mancare o almeno essere molto diminuita. Abbiamo già accennato alla durezza del tumore come nota caratteristica. Più tardi subentra la mollezza e la fluttuazione quando ha luogo la fusione, ma la mollezza, giusta la mia esperienza, non precede la risoluzione.

I dolori nevralgici sono frequenti e dipendono dalla pressione dei prodotti effusi sui nervi che passano attraverso la pelvi. Questi sintomi nevralgici variano; consistono o in una sensazione di freddo, o di calore aumentato delle superficie a cui i nervi si portano, in un forte dolore o in un'altra anormale sensazione. König osserva giustamente che il nervo cutaneo esterno della coscia è uno di quelli passionati più spesso; in altre epoche principalmente il nervo crurale o lo sciatico. Un sintoma si nota molto spesso, cioè la flessione della coscia sul tronco; l' inferma sente dolore quando la coscia è estesa, dovuto alla distensione che è intorno al muscolo psoas e che è necessariamente aumentata dalla estensione dell' arto. Questo segno è quasi patognomonico della cellulite pelvica o dell'ascesso. La cellulite pelvica, però, può non essere accompagnata da questo sintoma, giacchè quando il male ha sede nella parte anteriore della pelvi o

in tal punto da essere fuori il campo del muscolo psoas ed iliaco, può mancare. In parecchi casi ho potuto notare questa differenza.

Altri sintomi che accompagnano la cellulite pelvica e l'ascesso sono il catarro vescicale, che indica la sua prossimità alla vescica, i disturbi rettali, l'emissione di muco sanguigno ed il tenesmo; anomalie della defecazione e della funzione urinaria, poichè queste funzioni in generale sono più o meno alterate.

ASCESSO PELVICO.

Per completare la storia di questi casi bisogna richiamare alla mente le osservazioni precedenti. Non di raro avviene che il primo indizio della presenza di un essudato pelvico sia l'uscita di pus dalla vagina o dal retto. In alcuni casi la metamorfosi purulenta ha luogo con molta rapidità, mentre in altri occupa molto tempo. L'acutezza dei sintomi, cioè il forte dolore, la grande elevazione del polso e della temperatura, in generale indicano la formazione del pus, ma non sempre. Oltre a ciò, quando il dolore è tanto forte ed il polso e la temperatura sono tanto alti la rottura dello ascesso per lo più è imminente.

La diagnosi differenziale fra l'ascesso pelvico e la cellulite pelvica non sempre è facile: in alcuni casi aiuta a farla la presenza della fluttuazione, massime quando l'ascesso si è aperta una via fino alla superficie cutanea nell' inguine o altrove. In alcuni casi di ascesso pelvico, sia dipendenti da cellulite pelvica, sia da peritonite pelvica, vi è tendenza alla *setticoemia* ed il corso di questi casi spesso è funesto. Lo assorbimento di materiale settico nella corrente sanguigna generale ha luogo più generalmente quando l'ascesso si è procurata da sè un'apertura o quando è stato punto col proposito di vuotarlo. Quando segue la setticoemia vi può essere subito un esito funesto, ovvero la malattia può assumere un corso più cronico.

La rapidità con cui la cellulite pelvica si muta in ascesso pelvico varia nei diversi casi. Io ho visto un ascesso che si formò in tre giorni e si vuotò spontaneamente al quinto. Più comunemente la formazione del pus ha luogo con maggiore lentezza.

PERITONITE PELVICA.

La diversità delle opinioni dei varii autori circa la frequenza di questa affezione è stata già accennata. Sembra certo che l'essudazione di linfa plastica, possa avvenire nella pelvi intorno alle ovaie, ad una o ad entrambe, e che anche l'essudazione sierosa possa aver luogo nella pelvi e divenga encistica per adesioni che si formano

superiormente e la segregano dalla cavità peritoneale generale [1]; può anche incontrare che l'essudazione acquistando, con rapidità, un carattere puriforme, formi nella pelvi e costituisca un tumore di considerevole volume dietro l'utero nello spazio del Douglas e nelle parti superiori a questo, e che questa raccolta purulenta sia circoscritta nella pelvi da adesioni che si formano in sopra. Oltre a ciò, sembra che il grosso tumore così formatosi possa rompersi nella cavità peritoneale o altrove.

Il caso tipico grave è quello che dipende dall'azione settica alla superficie uterina interna. Per esempio, se s' introduce una spugna preparata e si lascia troppo lungo tempo, o si adopera male, si manifesta una peritonite acuta con metrite; nella pelvi si forma un liquido puriforme e l'utero si copre di uno strato di linfa plastica. Un altro tipo è quello in cui l' *infiammazione gonorroica* ha sede sul peritoneo che copre l'ovaia da un lato o da entrambi i lati ed ha luogo un'essudazione nella cavità pelvica. Bernutz ha affermato che circa un terzo dei casi da lui visti furono di origine gonorroica.

Probabilmente vi sono parecchi altri modi di origine della peritonite pelvica, per esempio i disturbi mestruali di varie specie, gli eccessi venerei e le cause traumatiche.

I casi di peritonite pelvica differiscono da quelli di cellulite pelvica principalmente perchè la prima sta più verso la linea mediana e dietro l'utero che la seconda, e da alcuni buoni scrittori si crede che un tumore molto grande dietro l'utero, in una posizione mediana, debba per necessità dipendere da cellulite pelvica.

Sembra probabile che in alcuni casi la cellulite pelvica sia complicata, successivamente, da peritonite pelvica. Questa complicazione farebbe sì che il determinare la sede precisa della malattia sarebbe più difficile.

Sono molto importanti certi effetti che potrebbero essere prodotti dalla peritonite pelvica. Così, le essudazioni alla superficie peritoneale delle ovaie possono gravemente passionare l' ovaia come glandola ed impedire poi il debito uscire delle uova nei casi in cui il corso della malattia è cronico o in cui l'essudazione peritonitica si condensa in tal modo che avvengono anormali aderenze fra la super-

[1] Così il Dr. Mattews Duncan ha chiamato l'attenzione su certi casi importanti in cui furono trovate larghe accumulazioni di un liquido sieroso dietro l' utero, dipendenti forse da peritonite locale (perimetrite). La cavità contenente il liquido si suppone che sia separata dalla cavità peritoneale generale da adesioni. In un caso, col trequarti, furono portati fuori 248 grammi, ed in un altro 219 grammi di liquido; la puntura fu fatta alla parte posteriore della vagina. Il Dr. Duncan nega che le supposte guarigioni di idropisia ovarica dopo rottura della cisti nell'addome siano forse casi di questo genere. Non mancano difficoltà ad accettare questa ultima spiegazione, giacchè la grandezza del tumore in alcuni casi di rottura di cisti ovarica è infinitamente superiore a quella di qualsiasi caso che il Dr. Duncan cita di cisti peritoneale sierosa. Io stesso ho visto un caso nell'*University College Hospital* in cui l'autossia mostrò che si trattava precisamente di un caso di questo genere.

ficie dell'ovaia e la parete pelvica. Le trombe di Falloppio si fissano anch'esse alle parti adiacenti in modo da opporsi alla loro conveniente funzione. La superficie peritoneale dell'utero può divenire aderente all'ovaia o alla parete pelvica in seguito a peritonite pelvica. Senza dubbio alcuni casi di sterilità sono casi in cui aderenze peritonitiche e grosse false membrane hanno fissato gli organi e disturbato la loro funzione.

DIAGNOSI.

I casi di cellulite, peritonite ed ascesso pelvici si possono aggruppare insieme per la diagnosi.

Quando si osserva un ingrossamento della parte più bassa dell'addome in una donna la quale si è sgravata di recente od ha subito un'operazione in cui sono stati implicati gli organi generativi e la formazione e lo sviluppo del tumore sono stati accompagnati da sintomi infiammatorii, dolore, alterazione febbrile, ecc., bisogna sospettare la presenza dell'essudazione flogistica pelvica.

La diagnosi ordinariamente è facile. Il tumore formatosi nella pelvi può elevarsi superiormente a questa cavità ed essere percettibile nell'una o nell'altra anguinaia o anche molto più in alto; ovvero si eleva sopra al pube nella linea mediana. I suoi confini si possono stabilire colla palpazione e colla percussione. La pelle che covre il tumore può divenire rossa ed infiammata quando il vuotamento di un ascesso sta per seguire attraverso la parete addominale. L'ascesso, però, si può rompere nella vagina, o nella vescica, nel retto, ecc.

Le regioni iliache si devono esaminare ogni giorno con attenzione, per mezzo della mano, in tutti i casi di convalescenza dopo un'infiammazione uterina, o quando l'inferma ha subito la influenza di cause tendenti a produrre ascesso pelvico. La sensibilità dolorosa alla pressione, la continua molestia e la presenza di sintomi febbrili indicano con probabilità la presenza della cellulite. La vagina deve essere esaminata attentamente col dito ed allora si può notare una resistenza o una durezza circoscritta.

Vi sono altre condizioni che possono dare origine ad ascesso, che può stare in qualche parte della parete addominale, sopra l'inguine e nella linea mediana dell'addome. In alcuni rari casi queste note si potrebbero attribuire agli ascessi pelvici della specie più comune.

L'ascesso nella regione iliaca può dipendere da carie della colonna vertebrale; l'ascesso sopra il ligamento di Poupart del lato destro può dipendere da infiammazione od ostruzione dell'appendice vermiforme. Nei casi di ritenzione encistica del feto spesso si osservano suppurazione, formazione di ascessso e spontanea evacuazione del contenuto attraverso la parete addominale. In questo ultimo caso vi

sarebbe una storia clinica speciale. I tumori ovarici talvolta suppurano e gli ascessi che ne risultano si aprono all'esterno.

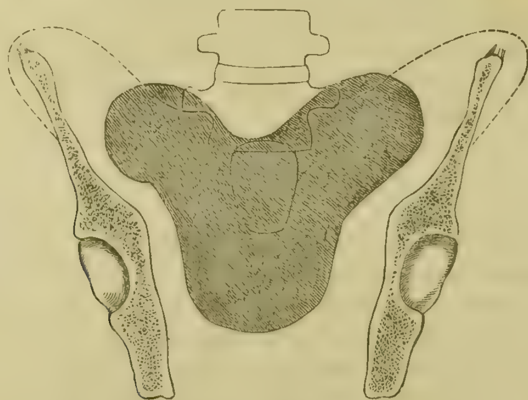


Fig. 156.

L'affezione con cui la pelvica cellulite ordinaria si può confondere con maggiore probabilità è l'ematocele peri-uterino. Le due figure qui annesse presentano la somiglianza di contorno del tumore nei due casi. La fig. 156 mostra la forma del tumore addominale quando

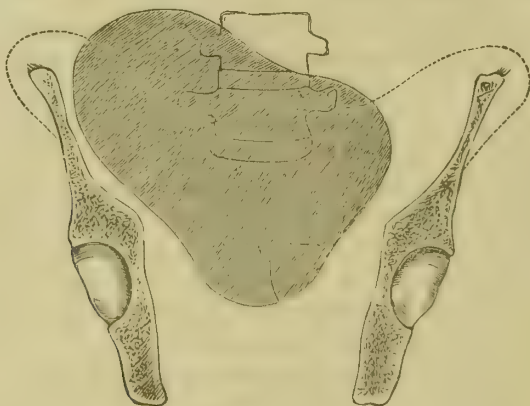


Fig. 157.

trattasi di ematocele periuterino [1]. La fig. 157 dà un'idea del tumore in un caso di cellulite pelvica [2]. La somiglianza fra i due tumori, quanto a configurazione, è ovvia. (L'aspetto *laterale* del tumore in

---

[1] Caso di Owen, Univ. Coll. Hospital, 1865.
[2] Caso di Parnell, Univ. Coll. Hospital, 1866.

questi due casi rispettivamente può essere come si vede nelle figura 158). In entrambi i casi il tumore si eleva dal basso ed il suo margine è rotondo, generalmente si eleva di più da un lato, presentando durezza e resistenza variabili e mollezza e fluttuazione secondo il periodo della malattia. Di quando in quando avviene che il contenuto dell' ematocele subisce un processo di suppurazione e l'ematocele si converte in un ascesso.

Il tumore prodotto da ematocele peri-uterino si forma con rapidità, quelllo prodotto da cellulite pelvica con lentezza; questa è la differenza principale.

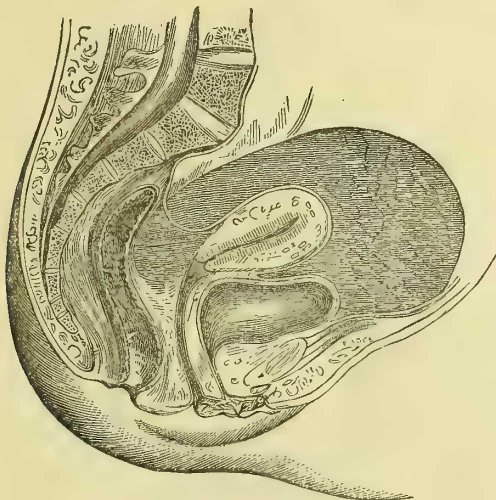


Fig. 158 [1].

I sintomi generali sono accentuati. Il dolore fisso nella pelvi, generalmente da un lato, la sensibilità alla pressione sul ligamento di Poupart, superiormente al perimetro pelvico, che è un segno di raro mancante, la sensibilità all'esame dalla vagina, la flessione della coscia sul tronco dal lato passionato, il malessere generale, che si manifesta collo stato febbricitante, coll' inappetenza, col dimagramento, colla frequenza del polso, colla prostrazione, col disturbo gastrico, ecc.; i brividi o una sensazione di freddo nell'esordire del male; i segni dati dalla pressione, questi sono i sintomi più caratteristici.

L' esplorazione vaginale è di una grande importanza. Il tumore sentito dal dito per lo più è duro, come se fosse fuso colla parete

[1] La fig. 158 rappresenta il contorno del tumore rotondo, duro che si sente dalla vagina. La fig. 157 rappresenta il contorno supposto che si guardi di fronte. Queste figure riguardano un caso dell'*University College Hospital*.

pelvica, spesso inseparabile dall'utero, situato di fianco o innanzi a questo ed in parte dietro di esso o principalmente nella linea mediana posteriormente. Si raggiunge con un poco di difficoltà quando l'affezione occupa il perimetro pelvico, ma anche allora un' esatta osservazione metterà il medico in grado di determinare il suo margine più basso. Un esame dell'addome renderà noto il suo margine superiore.

Nel primo periodo il tumore è duro; quando è avvenuta la fusione può divenire evidente la fluttuazione.

Vi sono alcune malattie con cui si può confondere l'ascesso pelvico; l'ematocele peri-uterino, la gravidanza extrauterina, i tumori



Fig. 159.

ovarici di rapido sviluppo (come nel caso riferito da König) o che sono divenuti sede d' infiammazione (M' Clintock). La storia del caso è importantissima quanto alla diagnosi. I casi cronici di ematocele peri-uterino, in cui il tumore subisce un processo di fusione, presentano, per quanto riguarda le note fisiche, moltissima somiglianza coi casi di ascesso pelvico. Uno scrupoloso esame dei fatti che riguardano lo sviluppo del tumore, dei sintomi che lo accompagnano, ed il risultato dell'esame dell'addome, forniranno i mezzi per decidere la quistione (Veggasi il capitolo sull' « Ematocele »).

Nei casi in cui vi è retroflessione dell'utero talvolta avviene che la cellulite pelvica o anche la peritonite pelvica vi siano come complicazione. Allora vi sarebbe un grosso tumore, costituito dall'utero molto congesto, forse reso fisso dall'essudato che lo circonda. La sonda renderebbe facile la diagnosi di tale caso. I tumori maligni è difficile che si possano confondere col tumore prodotto dalla cellulite pelvica o dalla peritonite pelvica.

CURA.

Per la pratica le osservazioni che riguardano la cura della cellulite pelvica, della peritonite pelvica e dell'ascesso pelvico si possono fare complessivamente, giacchè, quantunque siano tecnicamente diverse, si debbono riguardare, per quanto riguarda la cura, sotto lo stesso preciso aspetto.

Bisogna combattere, se non m'inganno, ciò che si può ritenere nella maggior parte dei casi come un locale processo setticemico. Le indicazioni generali sono d'impedire l'ulteriore progresso dell'infiammazione o processo irritativo, di procurare la risoluzione e l'assorbimento dei prodotti effusi, di procurare l'evacuazione delle raccolte purulente quando si sono formate, di sostenere le forze dell'inferma mentre lotta contro l'influenza deprimente della malattia, di calmare il dolore, di coadiuvare la funzione dell'intestino e, in generale, di fare tutto ciò che sembra atto ad affrettare il ritorno della sanità.

È assolutamente necessario il riposo a letto. Forse nulla è più importante di questo ed è anche da raccomandare, nella maggior parte dei casi, che l'inferma non cambî la posizione orizzontale per nessun motivo. Spesso il corso del male si prolunga oltre i limiti comuni perchè non si osserva questa ingiunzione, la quale si applica a tutti i casi, vuoi che si tratti di semplice cellulite, vuoi di peritonite pelvica, vuoi di ascesso. Talvolta è molto utile mettere un guanciale, o un doppio piano inclinato ben imbottito, sotto le ginocchia per mantenere rilasciati lo psoas e il muscolo iliaco.

Per qualche tempo bisogna osservare il riposo anche per alcuni giorni dopo che l'inferma ha cominciato a sentirsi meglio. La malattia è molto lunga ed ha una grande tendenza a riprodursi. Se troppo presto si permette all'ammalata di alzarsi è quasi certo che avverranno una nuova flogosi , essudazione ed elevazione di temperatura.

Quando vi è un ascesso, o è stato aperto alla superficie cutanea, la posizione dell'inferma deve essere tale da favorire l'uscita del liquido da esso contenuto.

Il dolore si deve combattere coi rimedî addolcenti. Le iniezioni vaginali di acqua, alla temperatura di 37°,5 a 39°, piacciono molto alle ammalate e si possono usare due volte al giorno. Le fomentazioni calde o i cataplasmi di linseme si devono applicare sulla regione ipogastrica. I suppositorî di morfina o di laudano si possono applicare nel retto per calmare il dolore, la molestia e l'insonnio.

Molta attenzione bisogna rivolgere all'intestino. In generale io prescrivo l'amministrazione regolare di una piccola dose di olio di ricino in giorni alterni, o un clistere di acqua tiepida ogni due giorni.

È facile che avvengano accumulazioni fecali, le quali producono grande disturbo. La camera deve essere tenuta moderatamente calda, 16°. Si netterà ogni giorno tutto il corpo con una spugna bagnata nell'acqua tiepida, agendo in modo da non far raffreddare l'inferma.

La dieta sarà larga. La maggior parte delle ammalate sono deboli e prostrate e si hanno buone ragioni a credere che questo stato di cose accompagni l'esordire del male e che, se non ci fosse stata la debolezza generale, l'inferma, nella maggior parte dei casi, non sarebbe stata colta dalla cellulite. Perciò è necessario un buon nutrimento. L'appetito è quasi sempre mediocre; a principio per alimenti convengono le uova, le zuppe, l'essenza di carne di Brand, i brodi concentrati ed il latte. Bisogna darli spesso, a piccole dosi per volta. Frequentemente sono utili un poco di Champagne o l'acqua con un poco dibrandy. Se vi è un ascesso ed è in via di evacuazione l'inferma può aver bisogno di una grandissima quantità di alimenti e di stimolanti. Quando si può dare si amministra la carne a poca dose per volta. L'alimentazione dell'ammalata in un caso di cellulite o di ascesso è una cosa importantissima, ed io parecchie volte ho osservato un notevolissimo miglioramento avvenire dal giorno in cui vi si è dedicata una speciale attenzione. Si deve badare ad amministrare il cibo anche la sera, perchè spesso ciò si trascura.

La chinina sola o con ferro spesso è necessaria; l'acido nitro-idroclorico allungato e la china in molti casi costituiscono una buona combinazione. Si usa dare il mercurio, ma me ne è sembrata sempre discutibile l'opportunità. Più tardi è una buona medicina il joduro di ferro.

Quando vi ha l'ascesso è importante la questione del suo vuotamento. L'evacuazione spontanea senza dubbio è la migliore, se non ha luogo a spese di una permanente disorganizzazione dei visceri pelvici; ma è certo che in alcuni casi l'evacuazione artificiale affretta molto la guarigione. La scelta del tempo e del sito per la puntura, ove si decida di far questa, richiede una grande circospezione: è necessaria un'estrema attenzione per evitare di ferire i visceri pelvici; per pungere si sceglierà un punto cedevole, ove non ci sia un reale segno che indichi ove è l'ascesso. Il Dr. M. Clintock credeva che finiscono in modo favorevolissimo quei casi che vengono evacuati esternamente. Ove l'ascesso richiami l'attenzione su qualche parte della parete addominale è meglio aspettare fino a che la pelle sia completamente alterata. Se si fa una puntura dall'alto si deve fare quanto più vicino è possibile al perimetro pelvico, per scansare il peritoneo, e, se il turgore si estende lungi verso la regione iliaca, la puntura devesi fare vicino al legamento di Poupart; ad evitare la guaina dei vasi crurali, la puntura si dee fare esternamente alla superficie del ligamento di Poupart. Ora si usa spesso l'aspiratore

invece del bistori per aprire l'ascesso. Quando la fluttuazione è chiaramente evidente, l'operazione diviene sicura, ma in altre circostanze vi è il pericolo di non dare affatto nel segno. Perciò, se la posizione dell'ascesso non è chiaramente indicata dalla fluttuazione, è meglio aspettare che operare subito, benchè aspettando si perda un poco di tempo. In tali casi presenta grandi vantaggi il metodo antisettico di Lister ed io talvolta l'ho usato con grande successo. Dopo la puntura si applicherà leggermente una compressa di ovatta, su tutta la regione ipogastrica.

Le unzioni mercuriali raccomandate nei casi cronici sembrano di dubbio valore. Molto opportuno ed utile è l'unguento di ioduro di potassio. Le pennellazioni della parte inferiore dell'addome con una tintura concentrata di iodo sembra che sieno utilissime quando resta un indurimento ed è bene farlo cessare.

La cura dei casi di peritonite pelvica si deve fare secondo gli stessi principii raccomandati nei casi di cellulite pelvica.

In tutti i casi in cui vi è stata l'infiammazione pelvica sembra che vi sia una grande tendenza alla riproduzione della stessa, ove l'inferma non adotti grandi precauzioni durante la convalescenza. L'impazienza dell'ammalata spesso la induce ad abbandonare il letto prima che la guarigione sia abbastanza avanzata, ed in generale è necessario insistere sulla importanza di mantenere la posizione supina per una quindicina di giorni, o presso a poco dopo che sono cessati il dolore ed i disturbi locali.

Talvolta la malattia è molto lunga e, a dispetto di una cura conveniente, i poteri vitali sono tanto abbassati che non si fa nessun progresso essenziale. In tali casi, talfiata, è da consigliare il cambiamento di stanza o di aria.

CAPITOLO XLII.

FIBROMI UTERINI, POLIPI E TUMORI FIBROCISTICI DELL'UTERO.

Fibromi dell'utero—Osservazioni generali — Quattro varietà: 1° Sotto-peritoneale o peri-uterino; 2° Interstiziale o parietale; 3° Sottomucoso; 4° Fibroma polipoide — Corso totale di questi tumori — Assorbimento — Trasformazione cistica — Tumori fibrocistici — Casi dimostrativi — Fibroma polipoide ricorrente (sarcoma dell'utero) — Sintomi prodotti dalla presenza dei fibromi uterini — Polipi glandolari e mucosi.
Diagnosi. — Quadro di casi.
Etiologia.
Cura. — Preventiva — Asportazione con mezzi chirurgici — Operazioni per il polipo: colle forbici, col coltello, collo schiacciatore, ecc. — Operazioni quando il tumore è intrauterino — Tumori polipoidi — Enucleazione — Distruzione coll'asportazione parziale — Cura coll'incisione del collo dell'emorragia che producono—Cura dei tumori interstiziali e sottoperitoneali — Asportazione dei fibromi colla gastrotomia — Statistiche dell'operazione — Isteroctomia—Operazione di Battey — Cura generale e palliativa nei casi di fibromi uterini — Alimenti; ergotina; bagni a Kreuznach; elettrolisi; altri rimedii.

L'utero è soggetto a tumori di carattere speciale chiamati coi varii nomi di « tumore fibroso », « fibroma », « mioma », « polipo fibroso » ecc. Il tumore « fibrocistico » dell'utero sembra che sia una varietà dello stesso genere di tumori.

Questi tumori fibrosi sono molto importanti nella patologia degli organi sessuali femminili. Spesso, meccanicamente, si oppongono alle funzioni uterine, sono causa di mestruazione difficile, di dolore, impediscono il concepimento, producono aborti e dànno origine a varii inconvenienti di minore importanza. Talvolta cagionano la morte alle inferme.

Qualunque parte dell'utero può essere la sede originaria della malattia. Questi tumori hanno una struttura simile a quella dell'utero. Per la maggior parte sono masse rotonde, ben definite, più o meno isolate dalle parti adiacenti, ma con queste conservano ancora, quando sono in uno stato di attività, regolari rapporti vascolari. Sono soggetti a deperimento, ad assorbirsi ed a certi singolari cangiamenti, ed il loro periodo di attività per lo più è limitato al periodo

della vita sessuale. Si trovano parimenti nelle donne nubili e nelle maritate e più comunemente si osservano dopo i 25 anni, ma spesso restano fino ad un'età avanzata. Lo speciale periodo della vita, in cui questi tumori sono stati osservati, è quello durante il quale l'utero trovasi nel più alto grado di attività funzionale; Scanzoni ritiene che il fibroma dell'utero sia più frequente fra i 35 ed i 45 anni; ma fra 87 casi registrati dal Dr. West, 21 si presentarono fra i 20 ed i 30. Sopra 96 casi fu osservato da me stesso 8 volte prima dei 26 anni.

È probabilissimo che il fibroma dell'utero vi sia molto frequentemente nei casi in cui non se ne sospetta l'esistenza, giacchè, in certe posizioni di questi tumori, i sintomi non sono tali da richiamare un'attenzione speciale. Per questo motivo possiamo essere forse giustificati nel supporre che la frequenza della malattia prima dei 30 anni non è indicata nella maggior parte delle statistiche che se ne son fatte. L'affermazione di Bayle, che il quinto delle donne le quali hanno oltrepassato i 35 anni abbiano fibroma uterino, non sembra che sia la conseguenza dei più recenti studii patologici. La malattia, senza dubbio, è frequente, ma Bayle ne esagera la frequenza. Talvolta non si manifesta che un fibroma; più spesso ne troviamo due o più nello stesso utero.

Il volume di questi tumori varia da quello di un pisello ad una massa grande tanto da occupare tutta la cavità addominale. In un caso da me riportato nelle « Obstetrical Transactions » [1] il tumore, sorto dall'utero vicino al collo, quando fu tolto dall'addome aveva 16 pollici di diametro e 44 di circonferenza e pesava 42 libbre. L'inferma, che era stata curata dal Dr. Uvedale West, di Alford, morì quasi repentinamente, per emorragia, a 53 anni, ed il tumore cresceva da dieci anni.

Nel celebre caso di Walter il tumore pesava 71 libbre; ne sono stati descritti altri di peso maggiore.

I tumori fibrosi dell'utero, secondo la loro posizione, si dividono ora nelle seguenti classi: —

a. Quelli che partono dalla parte esterna dell'utero con un peduncolo, o sono sessili e chiamansi *sub-peritoneali.*

b. Quelli che sorgono nel corpo della parete uterina, coverti d'ambo i lati da tessuto uterino, *parietali* o *interstiziali.*

c. Quelli che sorgono dalla parete interna, protuberando più o meno nella cavità, *sub-mucosi.*

d. Quelli attaccati alla parte interna dell'utero, da cui si sviluppano e vi stanno in rapporto con una porzione più stretta, pe-

---

[1] Vol. ii. p. 240.

duncolo, polipi fibrosi. Molti di questi fibromi nel loro corso sono stati sottomucosi.

Dobbiamo occuparci separatamente di ciascuna di queste specie di fibromi dell'utero.

a. I fibromi sub-peritoneali possono avere origine da qualunque parte della superficie dell'utero, per lo più dalla parte superiore di questo organo. Talvolta il loro punto di partenza è del tutto in basso, cioè nel collo uterino. Questi tumori raggiungono un volume maggiore di quelli situati nella parete dell'utero o nel corpo di questo;



Fig. 160 [1].

i più grossi esempî appartengono a questa varietà; stanno attaccati all'utero con una porzione larga o stretta. Il peduncolo può essere di considerevole lunghezza e corrispondente sottigliezza ed allora il tumore pende liberamente nella cavità addominale o nella cavità pelvica. Se il tumore è largamente attaccato all'utero, il volume di questo organo generalmente cresce molto, ma, se il peduncolo è stretto, ciò non avviene. Nei tumori molto grossi (41 libbre), a cui precedentemente abbiamo accennato, l'utero era del tutto atrofizzato. Spesso vediamo più di un tumore sub-peritoneale nella stessa inferma.

Una particolarità molto singolare nella storia di questi tumori sub-peritoneali è che il peduncolo talvolta è lacerato per traverso e la massa totalmente separata dall'utero, mentre il tumore si fissa e cresce su qualche altra parte della superficie peritoneale. Questa trapiantazione dei fibromi è stata osservata in parecchi casi: sembra

[1] La fig. 160 rappresenta un piccolo fibroma interstiziale che si sviluppa nella parete uterina. Da un preparato dell' *University College Museum.*

che avvenga perchè il tumore diviene aderente altrove: il peduncolo si allunga, forse anche è *rotato* a causa dei movimenti dell'utero e dello intestino e finalmente si rompe.

Qui dobbiamo ricordare che i fibromi talvolta si trovano aderenti

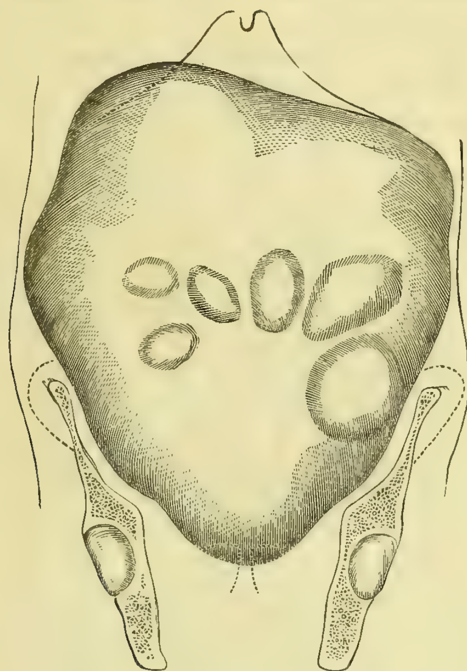


Fig. 161 [1].

al peritoneo vicino all'utero, e che hanno un'origine del tutto indipendente dall' utero. Questi tumori non si devono confondere coi fibromi dell'utero che hanno subito una trapiantazione. Sembra che nella posizione sopra indicata possano sorgere tumori in nulla distinti, per le loro note microscopiche, dai fibromi uterini. Sir James Paget osserva che sono probabilmente circoscritti a quelle parti in cui si prolunga tessuto muscolare fibroso e liscio, come quello dell'utero, cioè le pieghe utero-rettali ed utero-vescicali del ligamento largo [2]. Le fibre muscolari, che stanno sotto il peritoneo che copre l'utero, i ligamenti larghi e le ovaie che servono a certi importanti scopi nel processo di ovulazione (veggasi p. 12), sono nei punti

[1] Per l' antitesi colla fig. 160 la fig. 161 mostra un fibroma di enorme volume, appartenente ad un' inferma dell' *University College Hospital*, che era stata da dieci anni attaccata dalla malattia.

[2] *Surgical Pathology* p. 140, 1ª ed.

accennati dal suddetto eminente patologo quelle in cui possono avere origine i fibromi. È probabile che i fibromi delle ovaie, i quali sono rarissimi, appartengano realmente alla categoria di cui ora ci occupiamo e che abbiano origine dallo strato muscolare sotto-peritoneale delle vicinanze dell'ovaia. Anche nelle stesse ovaie, ove adottiamo le opinioni di alcuni osservatori, trovansi fibre muscolari, la cui presenza spiegherebbe l'origine di alcuni fibromi dall'ovaia. Credo che sarà utile chiamare questi tumori *fibromi peri-uterini*, per distinguerli da quelli realmente e primariamente connessi all'utero.

b. Fibromi interstiziali o parietali. — Questi ordinariamente non raggiungono un volume molto grande. L'utero cresce sempre in totalità, arrivando spesso a dimensioni molto notevoli. Questi tumori per lo più hanno rapporti molto deboli coll'organo, giacchè sono racchiusi in una capsula, dalla quale possono essere generalmente sgusciati tagliando la parete uterina che li contiene. Hanno rapporti vascolari in uno o più punti soltanto. Si trovano nella parete del corpo dell'utero; distorcono ed alterano la forma della cavità uterina; se tutto l'organo diviene molto grosso generalmente si eleva in totalità fuori della pelvi e possono seguirne spiacevoli conseguenze.



Fig. 162 [1].

c. I fibromi sub-mucosi rassomigliano ai precedenti, ma protuberano di più nella cavità uterina. Così possiamo trovare la cavità uterina molto lunga ma con un contorno semilunare dovuto ad uno di questi tumori, che possono essere di grande volume ed occupare uno dei lati dell'utero. Il lato opposto è disteso sopra esso. Si osservano tutte le varietà possibili quanto a posizione. Questi tumori sub-mucosi in generale sono incapsulati. Passato qualche tempo molti diventano polipi fibrosi.

d. Polipi fibrosi dell'utero. — Generalmente questi cominciano come fibromi sub-mucosi. Sono attaccati alla superficie interna dell'utero con un peduncolo di grossezza molto variabile. Talvolta il punto di attacco è molto ampio e copre tutto il fondo o un intero lato. Il loro volume varia da quello di un pisello a quello di una testa di bambino od è anche maggiore. Quando non oltrepassano la grandezza di un uovo per lo più escono dall'utero totalmente o in parte e penzolano nella vagina ; ma quando sono più grossi possono, per alcuni anni , restare completamente nell'utero. L'uscir fuori o no dipende molto dalla grandezza del peduncolo ; quando è stretto

---

[1] La fig. 162 rappresenta il contorno di un utero attaccato da fibroma interstiziale e sub-peritoneale, appartenente ad un'inferma dell' *University College Museum.*

possono essere spinti subito in basso verso la bocca dell'utero. Presentano una superficie esterna levigata e per lo più sono duri e resistenti. Provocano molta irritazione, perdite sanguigne e frequenti contrazioni dell'utero (vedi fig. 166).

Ora possiamo occuparci della natura, della storia e del progresso di questi fibromi dell'utero in generale.

Il loro *sviluppo* è sempre lento. Così un tumore può impiegare dieci o dodici anni per raggiungere il volume di un mellone e lo raggiungerebbe appena in meno di tre o quattro anni. Ciò può dare un'idea del tempo medio che impiegano a svilupparsi.

La loro *struttura* è uniforme. Vogel li chiamava tumori « muscolari ». Contengono molte fibre muscolari della varietà non striata, appunto come quelle trovate nella sostanza delle pareti uterine (veggasi fig. 1 A e fig. 166). Vi sono anche molti sottili filamenti che presentano una disposizione ondulata. Questi due elementi costituiscono la massa del tumore, ma vi si notano anche molte cellule nucleate, fusiformi con granuli e sostanza molecolare. Al taglio presentano una struttura densa biancastra, in cui si possono riconoscere le porzioni rotonde somiglianti a nidi da cui sono composti. L'aspetto della superficie del taglio rassomiglia molto a quello della parete uterina. Più dura o più molle, ora vascolare, ora più pallida, queste sono le variazioni osservate.

Talvolta restano immutati quanto a sviluppo. Per lo più tendono verso l'esterno, giacchè crescono nella direzione della parte esterna od interna dell'utero, secondo la loro posizione primitiva. Se si sviluppano verso l'interno divengono *polipi* ed, o restano penzolanti nell'interno dell'utero, da un peduncolo, per un tempo lungo o breve; o se ne distaccano, o sono totalmente espulsi.

Il decidere se son capaci di riassorbirsi ha suscitato molte discussioni. È indubitato; però, che questi tumori in certi casi si assorbono. Il Dr. Playfair [1] ha citato casi confermativi. Nella mia pratica io ho osservato un numero sufficiente di casi, i quali mi hanno completamente convinto che questo assorbimento può avvenire ed ho visto sparire realmente tumori di considerevole volume dopo un periodo di tempo che variava da due a tre o quattro anni. In altri casi li ho visti diminuire molto. Nel parlare della cura ci occuperemo nuovamente di questo fatto.

Il Dr. John Williams ha osservato che i fibromi dell'utero patiscono, frequentemente, notevoli alterazioni di volume in periodi manifestamente regolari e queste alterazioni hanno rapporti importanti coi periodi mestruali.

---

[1] *Obst. Trans.* vol. x, p. 102.

Il Dr. Williams [1] riferisce cinque casi, in cui i cangiamenti che hanno luogo nel volume dell'utero in casi di fibroma furono osservati

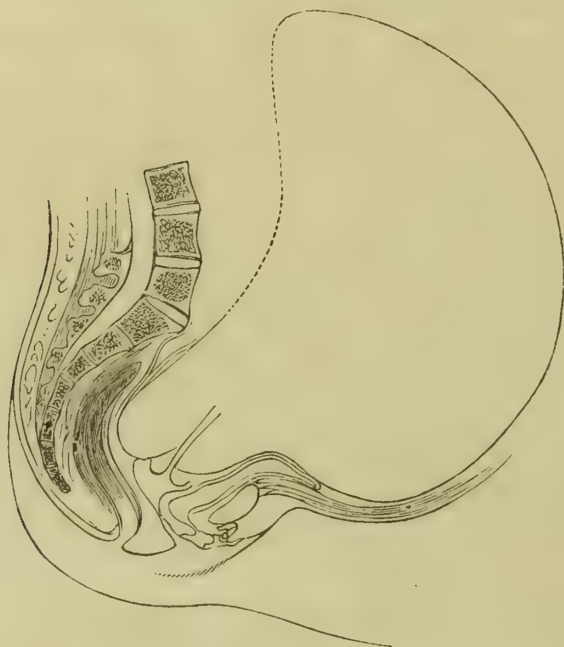


Fig. 163 [2].

per un tempo considerevole. I tumori furono tutti di notevole grandezza. Si notò che avvenivano grandi variazioni.

Il tumore in ogni caso era racchiuso nella parete uterina. In tutti i casi vi fu sempre profusa emorragia. Le variazioni di volume ascesero a più di un pollice nella direzione longitudinale ed in un caso in direzione trasversale la differenza fu di due pollici. L'utero decresceva di volume immediatamente dopo cominciato il periodo mestruale. Si notò che l'aumento di volume seguiva una settimana dopo la mestruazione ed era poscia progressivo. Il decremento era di pari grado, sia che la mestruazione fosse profusa, sia che fosse scarsa. Il Dr. Williams ritiene che la diminuzione dipendesse da contrazioni dell'utero e del tumore, le quali producevano l'espulsione del sangue nei plessi della pelvi, nei vasi del ligamento largo e nella decidua,

---

[1] «On some Periodical Changes which occur in Fibroid Tumours of the Uterus, and their Significance». By John Williams, M. D. *Lancet*, May 15, 1880.

[2] La fig. 163 fa vedere di lato un enorme fibroma appartenente ad un'inferma dell'*University College Hospital*. La sonda poteva essere introdotta nella cavità uterina fino al punto indicato nella fig. dall'estensione delle linee.

dando origine ad un aspetto congesto che si è descritto presente durante la mestruazione e come causa della stessa.

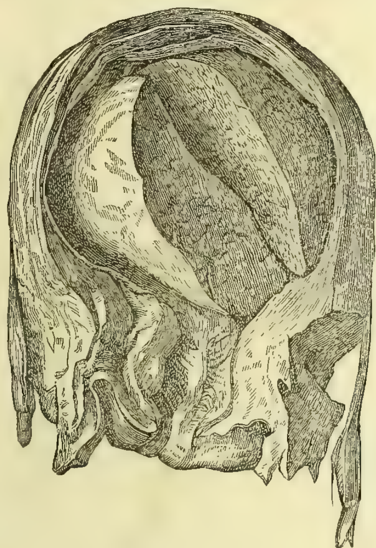


Fig. 164 [1].

I *fibromi dell' utero* talvolta subiscono una *trasformazione cretacea* ed al tempo stesso divengono più piccoli. Un altro cangiamento che talvolta si osserva è la *trasformazione cistica.* Così un polipo fibroso può cangiarsi , dopo rimasto qualche tempo nell'utero, in un corpo simile a cisti, e ciascuna cisti contiene *reliquie* adipose. In questo caso le « cisti » probabilmente rappresentano i centri di sviluppo del fibroma primitivo. Io ne ho riferito un caso. I cosidetti « polipi adiposi » dell' utero sono esempî di questo genere. La trasformazione cistica sembra che non attacchi i fibromi parietali, ma ne conosciamo alcuni esempî molto importanti in quei tumori che di quando in quando si trovano esternamente all'utero, il fibroma cistico dell'utero. Un attento esame dei fatti ricordati porta alla conclusione che questi tumori fibro-cistici, i quali per molte particolarità rassomigliano alle cisti ovariche , sono in origine fibromi o fibromi uterini sottoperitoneali o fibromi sotto-peritoneali peri-uterini (veg. p. 550). L' importanza di questi rari tumori è grande tanto più che sono stati presi per tumori ovarici. Da ciò l' importanza di questa trasformazione cistica. Paget [2] osserva a questo proposito che la formazione di cisti nei fibromi non è rara , massime se hanno una struttura cedevole più del solito ; che la formazione cistica può dipendere da un rammollimento locale e da liquefazione di parte del tumore, con versamento di liquido nella parte passionata, o da un'accumulazione di liquido negli spazî compresi fra le briglie intersecanti, e così egli spiega la formazione di cavità grossolanamente circoscritte, che si possono trovare nei tumori uterini.

Caso I. Il caso seguente di tumore fibro cistico dell' utero è riferito da Spencer Wells [3]. L'inferma era nubile, di 53 anni ; vi era un tumore

---

[1] La fig. 164 riguarda un preparato dell' *University College Museum.* Fibroma sottomucoso, di natura polipoide.
[2] *Surgical Pathology*. vol. ii. p. 137, 1ª ed.
[3] *On Diseases of the Ovaries*, vol. i. p. 351.

irregolare, con fluttuazione oscura, nell'addome, la mestruazione ultimamente era stata scarsa. l'addome aumentò di volume dal 1853 al 1863, quando fu



Fig. 165 [1].

fatta un' operazione. Il tumore era intimamente aderente alla fossa iliaca destra, unito all'utero da una grossa fascia ; era un tumore fibro-cistico del

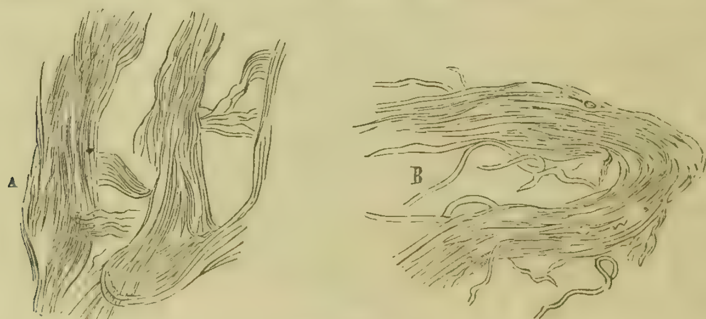


Fig. 166 [2].

lato destro del fondo ; la sua parte solida pesava 16 libbre e da una volu-

[1] La fig. 165 rappresenta un polipo fibroso che dall'utero protubera nella vagina : se ne fece l'operazione nell' *University College Hospital.*

[2] La fig. 166 rappresenta la struttura microscopica di un ordinario polipo fibroso : A strati centrali più duri, e B strati esterni più molli.

minosa cisti che conteneva furono estratti 13 litri di liquido e 4 libbre di masse granulose di fibrina decomposta. Il volume dell' utero era il doppio del normale, la bocca era situata in alto e dietro del tumore.

Caso II. Un secondo caso molto importante è anche narrato da Spencer Wells [1]. Una signora di 45 anni fu operata di ovariotomia. Dieci anni prima, due tumori del volume di un uovo di oca erano stati scoperti dal Dr. Stokes, uno centrale, un po' sopra l'ombelico. l'altro sotto il processo spinoso anteriore superiore dell' ileo. Nell' epoca dell' operazione vi era in sopra molto liquido ascitico, in sotto ciò che sembrava una cisti multiloculare. Il tumore si trovò costituito di due parti: la sinistra, che fu asportata. era annessa all'utero ed all'altra parte che non venne tolta. La parte asportata misurava 18 pollici per 12, era grossa 7 pollici, pesava 20 libbre oltre 6 litri di siero sanguigno uscito durante l' operazione. Si componeva di tessuto fibroso intersecato da piccole cavità contenenti siero. In alcune parti vi erano piccole masse simili a fibromi, in via di degenerazione grassa calcarea. In altre parti cisti con contenuto sanguigno, una delle quali aveva il volume di una testa di adulto, divise in varii compartimenti. Il secondo tumore, asportato dopo la morte, misurava 18 pollici per 16, era grosso 7 pollici e portava un peduncolo, lungo pollici 3 $^{1}/_{2}$ e largo 2, il quale era anche occupato da cisti. Dentro di esso vi era una cisti che aveva 12 pollici di diametro. L' utero non era che uno stretto tubo lungo 7 pollici.

Caso III. In un caso operato da Baker Brown nel 1862 l'inferma aveva 36 anni. Aumento di volume dell'addome per sei anni. Il tumore non potette essere asportato, ciò fu fatto all' autopsia, e venne presentato alla *Pathological Society*; ne fecero una relazione Holmes e Nunn [2]. Il fondo dell' utero si continuava direttamente colla sostanza del tumore, la cui parte solida era divisa in due porzioni vicino all'utero per l'interposizione di voluminose cisti. La massa del tumore era situata nel tessuto subperitoneale e aderiva in sopra coll' omento, nel cui tessuto si vedevano alcuni noduli fibrosi. . . « Il grosso tumore era costituito da una massa di noduli o di tumori rotondi di aspetto e consistenza fibrosi, separati gli uni dagli altri da grandi cisti, in molte delle quali era contenuto ancora un liquido purulento. Al microscopio il tessuto dei tumori somigliava ai fibromi ordinarî dell' utero, ma molti di essi contenevano cisti di varia grandezza ed in quasi tutti erano alcuni piccoli spazî, i quali sembravano l' origine di tali cisti. I relatori lo ritennero esempio di fibroma cistico attaccato ed incorporato al fondo dell' utero, ma che probabilmente ebbe origine nel tessuto sotto-peritoneale delle sue vicinanze.

Dando uno sguardo ai casi che si riferiscono a questi tumori fibrocistici si rende probabile che le loro cavità non sieno cisti nel vero senso della parola. Spesso sono formate dalla rottura o rammollimento di parti del tumore per emorragia avvenuta in esso, per formazione di materia purulenta ed altri cangiamenti di natura distruttiva. Oltre a ciò, questi tumori sembra che abbiano sempre un corso molto cronico, cosa che sarebbe di grande servigio per la diagnosi differenziale fra essi ed i tumori ovarici.

---

[1] *Op. cit.* p. 356.
[2] *Trans. of Path. Loc.* vol xiv. p. 199.

Polipo fibroso ricorrente. Sarcoma dell'utero. — Questa denominazione si applica ad un' affezione molto rara. È un tumore proveniente dalla parete interna dell' utero e che sporge in basso attraverso alla bocca come il comune polipo fibroso, ma differisce da questo in quanto può formarsi un nuovo tumore subito dopo che è stato asportato il primo.

Caso di « fibroma ricorrente » (Dr. West)[1]. — Un polipo grande quanto un uovo di piccione fu trovato protuberante dalla bocca dell' utero. Ne furono asportate alcune porzioni con ripetute operazioni, nove delle quali furono eseguite nel corso di un anno e mezzo, ma il tumore si riproduceva sempre e, dopo di essere stata sei anni in osservazione, l' inferma morì. Quando fu visitata la prima volta aveva 22 anni; all' autopsia si trovò un grosso tumore nell' addome, simile a quello dell' utero col quale era in continuazione attraverso la parete uterina. Tumori simili furono trovati nei polmoni, nel pericardio e nel corpo della sesta vertebra cervicale. I tumori erano tutti somiglianti, composti di cellule allungate miste ad altre di forma schiacciata e fibrose. I tumori erano lobulati, divisi da setti, erano molli ed elastici. Il tumore dell' interno dell'utero aveva una larga base.

Caso riferito da Hutchinson[2]. — Vi era un tumore fibroso ricorrente dell' utero, di forma polipoide in una donna di 39 anni la cui storia risaliva a tre anni prima, alla fine del qual periodo morì. Il tumore avea la forma di polipo, era molle, lacerabile ed i tentativi per asportarlo fallirono perciò completamente. Tre volte fu parzialmente asportato e dopo ciascuna operazione tornava a crescere. Era attaccato con una larga base a tutto il fondo ed alla parete posteriore dell' utero. Era molle, lobulato, di colore bianco-grigiastro e facilmente dividevasi in fibrille, che erano tutte disposte parallelamente. Si trovarono nuclei e molte piccole cellule. Il tumore, molto diverso dagli ordinarii fibromi dell' utero, non aveva nessuna rassomiglianza col cancro epiteliale o scirroso. In questo caso non vi erano tumori secondarii in altre parti del corpo.

In entrambi i suddescritti casi sembra che i tumori sieno stati identici a quelli trovati in altre parti e conosciuti come fibromi ricorrenti. In entrambi vi furono gravi flussi, scoli di cattivo odore ed altri sintomi che si osservano nei casi di polipo uterino di cattiva indole.

(Nel capitolo sul « Cancro » si troveranno altre osservazioni relative a questo argomento).

I *sintomi* prodotti dalla presenza di tumori fibrosi dell'utero variano estremamente. L' emorragia è frequente quando vi ha polipo fibroso, minore nella forma parietale, minima nella sub-peritoneale. I polipi sono accompagnati da scoli acquosi, saniosi o anche di cattiva indole, ma negli altri casi, in generale, no. Il dolore per lo più vi è in tutte le varietà. Talvolta le sofferenze provate sono del più intenso grado. Il grado del dolore non è affatto in proporzione del volume

[1] *Diseases of Women*, 2ª ed. p. 333. Per particolari notizie sull'autopsia di questo caso, fatta da Callender, veggansi Trans. of the Path. Soc. vol. ix. p. 327.
[2] Trans. of the Path. Soc. vol. viii. p. 287.

del tumore, giacchè tumori grandissimi possono relativamente dare poca molestia. La mestruazione per lo più è disturbata. Talvolta si produce una dismenorrea molto grave. Gli effetti meccanici sono la difficoltà di urinare, di defecare, il prolasso dell'utero, la pressione sulle vene della pelvi ed il consecutivo edema, la pressione sui nervi che dà origine a dolore o torpore che si propagano ad una coscia, ecc. Questi disturbi meccanici variano di specie e di grado secondo che il tumore è grande od è piccolo, e secondo la forma e posizione. Può essere situato in modo ed essere tanto grosso da bloccare realmente la pelvi, ed allora le funzioni del retto e della vescica sono seriamente compromesse e ne segue la morte.

DI CERTE ALTRE VARIETÀ DI POLIPO UTERINO.

Alcuni tumori dell' interno dell' utero, che di quando in quando assumono i caratteri di polipo, debbono essere qui ricordati. Uno di questi è il *polipo glandolare*. È un' ipertrofia della mucosa che riveste l' utero, contenente dotti, che sembrano glandole uterine ingrandite. Il « polipo a canale » del Dr. Oldham sembra che appartenga a questa categoria. Wood[1] presentò un esempio alla *Pathological Society* che avea la grandezza di una piccola noce, con larga base sul fondo. Era molle, molto vascolare e vi si vedevano numerosi tubi o canali che ne intersecavano la sostanza, uniti da robuste briglie di tessuto fibroso. Questo esempio serve di tipo per questa classe di tumori. Essi non sono comuni. I cosidetti tumori « fungosi » trovati di quando in quando nell' utero nella maggior parte dei casi sono semplicemente la conseguenza dell' ipertrofia congestiva della membrana mucosa (veggasi p. 101).

Vi sono anche i *polipi mucosi*, come sono stati chiamati, che consistono in follicoli mucosi ingranditi della cavità cervicale dell' utero, attaccati generalmente ad un lungo peduncolo e penzolanti nel canale vaginale. Il loro volume varia da quello di un grano d'orzo a quello di una piccola noce.

Questi piccoli polipi possono produrre emorragie ed altri inconvenienti sproporzionati al loro volume.

DIAGNOSI.

La diagnosi delle varie forme di tumori fibrosi dell' utero si può fare soddisfacentemente soltanto collo studiare lo stato dell' utero fisicamente. L' esplorazione digitale dalla vagina sotto questo aspetto è di grande utilità. Il dito, coadiuvato dalla sonda, ci mette in grado di valutare molto esattamente i rapporti generali dei fibromi quando non sono grandi. La presenza di polipi si determina allo stesso modo,

---

[1] *Trans. of the Path. Soc.* vol. x. p. 206.

essendo di quando in quando necessario dilatare anche la bocca dell' utero per aprirsi una via fino a questi tumori polipoidi.

L'esame dell'addome col tatto è sempre necessario per determinare i rapporti delle varietà più voluminose, e l'esame combinato con un dito introdotto nella vagina e l' altra mano applicata sull' addome spesso coadiuva molto la diagnosi.

Si vede, dunque, che quando il tumore osservato data da molto tempo la diagnosi , fino ad un certo punto, è relativamente facile, essendo speciali e caratteristiche la resistenza e la densità del tumore. Il lento sviluppo di questo e la sua resistenza e solidità lo distinguono dalle forme ordinarie di tumore ovarico, ma ci sono alcune forme di tumore ovarico con cui facilmente si può confondere. Negl' ingrossamenti cancerigni dell' utero il progresso è meno cronico del tumore fibroso , oltre a ciò il cancro spesso è anche in altri organi. Vi sono altre considerazioni, le quali sono del pari significative quanto alla diagnosi dei tumori fibrosi. Quando i fibromi sono esterni alla cavità dell' utero, i sintomi spesso sono molto leggieri e lo stato generale dell' inferma può essere inalterato, salvo che la forma o la posizione del tumore siano tali da opporsi meccanicamente all' evacuazione della vescica o del retto. Nel primo periodo dello sviluppo di questi tumori vi possono essere, però, disturbi meccanici che mancano del tutto in un periodo più tardivo, quando il tumore della pelvi si è elevato fino all'addome; se, d'altra parte, l' utero è ingrossato *insieme al tumore*, come necessariamente avviene quando il tumore è racchiuso in esso, i sintomi sono quasi sempre più gravi e tali da attirare molto presto l' attenzione. In tali circostanze vi hanno mestruazione profusa, emorragie, scolo sieroso, dolori più o meno costanti e molestie di varie specie, che colla loro concomitanza e continuità non di raro riducono l'inferma ad uno stato di estrema debolezza ; ed un tumore di lento sviluppo, duro, simmetrico, sentito sopra al pube in un' inferma con sintomi eguali ai suddetti in generale indica che vi è un grosso polipo uterino. La sola malattia che può simulare bene questo tumore è il cancro interno dell' utero, molto raro e che deve avere un corso meno cronico di quello del polipo fibroso. Lo stato del segmento più basso dell' utero fornisce utili dati diagnostici nei casi d'ingrossamento uterino con durezza. Quando vi è un polipo, l'esame della bocca e dell'interno dell'utero, per mezzo della sonda, in generale dà nozioni positive a questo riguardo. Basta un po' di riflessione per capire che i segni diagnostici differenziali non sono decisivi tra i fibromi situati nella parete dell' utero , ma protuberanti in parte nella sua cavità, ed i polipi fibrosi. I sintomi presentati dall' inferma danno, però, un certo aiuto a far la diagnosi. Così, come ha osservato Scanzoni, nel caso di tumori fibrosi che sorgono vicino alla cavità, ma di natura interstiziale, i dolori provati

dall'inferma sono generalmente più gravi di quelli prodotti dal polipo, mentre, al tempo stesso, la copia delle perdite emorragiche in generale è molto meno notevole nel primo che nel secondo caso.

Un tumore duro, resistente, solido, ben circoscritto, che passiona l'utero, che giunge fino all'ombelico o l'oltrepassa, che per tre anni o più è andato crescendo, se è uniforme e simmetrico, probabilmente è un polipo fibroso dell'utero, ma, se manca la simmetria intorno al tumore, forse trattasi di un fibroma che non sta nella cavità uterina.

Più generalmente siamo in grado di riconoscere subito questo fatto, giudicando dalla ineguaglianza della superficie del tumore sentita attraverso le pareti addominali, mentre in altri casi è anche più evidente perchè le dita scoprono la presenza di masse rotonde, simili a bernoccoli, le quali sono fibromi che sorgono dall'esterno dell'utero. Talvolta questi tumori sono peduncolati ed allora sono mobili per un'estensione che varia in proporzione della lunghezza del peduncolo.

I tumori solidi delle ovaie possono, in certe circostanze, presentare segni fisici molto somiglianti a quelli che si notano quando trattasi di fibromi uterini. La maggiore difficoltà consiste nel decidere se trattasi di un fibroma, di mediocre volume, peduncolato e fino ad un certo punto mobile indipendentemente dall'utero, o di alcuni tumori solidi delle ovaie, giacchè in ambo i casi il corso è cronico, mentre le modificazioni fisiche prodotte possono essere, nell'uno e negli altri, identiche. Io rammento di avere veduto un enorme fibroma che fu asportato dall'addome da Spencer Wells ed al tatto somigliava esattamente ad un tumore ovarico semifluttuante [1]. Anche io ho asportato un grandissimo fibroma la cui storia, precedentemente all'operazione, fece credere che si trattasse di un tumore ovarico. La diagnosi differenziale fra i tumori ovarici, il cui contenuto è principalmente liquido, ed i fibromi dell'utero è più facile, giacchè la fluttuazione ed altre note danno importanti criterii diagnostici (veggasi « Tumori ovarici ») [2].

---

[1] Descritto nella *Obst. Trans.* vol. xi. p. 73.

[2] Le malattie e gli stati dell'utero con cui si possono confondere i fibromi sono: l'inversione parziale o incompleta, la gravidanza, l'anti- o retro-flessione, l'ematocele retrouterino, la cellulite periuterina o l'ascesso, i tumori ovarici, i tumori fecali nel retto ed il cancro del corpo dell'utero.

L'inversione generalmente è caratterizzata dalla rapida manifestazione dopo il parto, della sensibilità dell'utero inverso, da una depressione nel fondo di questo e dall'accorciamento della cavità uterina.

Nella gravidanza per lo più vi è cessazione dei catameni ed altri sintomi di minor conto che ci possono far evitare un errore. L'utero è ingrandito ed uniforme, simmetrico, occupa una posizione più o meno centrale, ha una consistenza molle, se si afferra esternamente si ha la sensazione di tensione e sotto la mano si sente divenire alternativamente duro e molle. L'organo cresce con rapidità. La gravidanza può essere contemporanea alla presenza di un fibroma. Il collo dell'utero è voluminoso e molle, la bocca alquanto aperta, ha una tinta violacea quando si guarda attraverso lo specolo.

Quando trattasi di fibroma è un sintomo importante la menorragia, l'utero è ingrandito irregolarmente, spesso sporgente da uno o da ambo i lati, è più duro del solito e quando si afferra colla mano dà una sensazione di solidità. Il suo sviluppo è lento. Il

I casi di fibroma e di polipo, registrati nel quadro seguente, sono stati da me osservati all' *University College Hospital* durante un periodo di poco più di quattro anni. Servirà a presentare le più essenziali particolarità relative alla storia clinica di queste malattie. Nel numero totale di 96 si troverà che 72 volte si trattò di fibroma e 14 di polipo. Delle 78 maritate 70 erano sterili, 8 volte la malattia si osservò prima dei 26 anni.

---

collo spesso è confuso col tumore, o, nel caso opposto, ha un volume ed una consistenza normali; ma non è in continuazione precisa della parte inferiore dell' organo.

Si può distinguere l' antiflessione da un fibroma della parte anteriore adoperando la sonda uterina. I sintomi che si notano spesso richiamano la mente all' una o all' altra malattia. Coll' antiflessione si accompagna più spesso l' amenorrea, col fibroma la menorragia.

La retroflessione in generale si può distinguere dal fibroma della parete posteriore dell' utero per la direzione secondo cui va la sonda e la sparizione del tumore quando si corregge lo spostamento. Il fondo dell'utero è più sensibile e meno compatto di quando trattasi di fibroma. Facendo un esame combinato trovasi che se trattasi di retroflessione il fondo dell' utero non sia nella sua posizione normale dietro il pube, mentre ciò non si nota nei casi di fibroma.

In alcuni casi è difficilissimo fare la diagnosi differenziale tra il fondo retroflesso ed un fibroma, un prolasso ed ingrossamento di un'ovaia ed una gravidanza extrauterina. Generalmente l' ovaia in tal caso è più sensibile e meno resistente del fibroma, e può essere spostata indipendentemente dall' utero, tranne quando si sono già formate adesioni. La diagnosi della gravidanza estrauterina sarà fatta in altro luogo.

L'ematocele retrouterino si manifesta in modo repentino con notevoli sintomi di deliquio, commozione generale e molestia pelvica. Il gonfiore è meno circoscritto, poichè si propaga di più alle parti circostanti ed è più molle del fibroma.

L'ascesso o la cellulite periuterini ordinariamente si ponno anche distinguere per il modo come cominciano, in seguito ad un aborto o ad un parto, per i sintomi generali per la posizione fissa dell'utero, per il gonfiore più esteso, per il contorno meno preciso e per la sensibilità al tatto. Quando invece si tratta di fibroma, i sintomi patologici sono di più antica data e fra essi predomina la menorragia; oltre a ciò la storia del caso è meno precisa.

Una causa di difficoltà per la diagnosi possono essere i tumori ovarici di mediocre grandezza quando sono prolassati o fermati nella pelvi. Se si tratta di questi l' utero sovente si può spostare indipendentemente da tali tumori, che raramente sono compatti come il fibroma Colla pressione allora si suscita maggior dolore e la storia della menorragia è meno definita di quando è in campo un fibroma. Il collo dell' utero è meglio delineato, inoltre la sonda di raro penetra oltre la distanza fisiologica, mentre nei casi di fibroma la cavità uterina spesso è allungata. Quando si tratta di fibroma uterino la cavità dell' utero per lo più è tortuosa e perciò per l' esame di essa si adatta meglio della sonda metallica quella di osso di balena di Barnes. Quando è una cisti ovarica la malattia, per lo più si può sentire la fluttuazione; il margine cubitale della mano si può spingere profondamente fra il tumore ed il pube quando è ovarico, ciò ch' è impossibile quando è uterino.

È facile riconoscere un tumore fecale asportandone un frammento coll' unghia del dito indice, facendo muovere l' utero indipendentemente dal tumore, notando la mancanza di qualsiasi sintomo riferibile all' utero ecc.

Il cancro del corpo dell' utero relativamente è raro. Per lo più nei casi di cancro il dolore è più forte che in quelli di fibroma, l'emorragia è meno regolare e le perdite uterine ordinariamente sono di cattiva natura.

Per fare la diagnosi differenziale tra i fibromi intramurali e i sottomucosi può essere necessaria l'esplorazione della cavità dell' utero col dito. Nell' epoca della mestruazione talvolta questa esplorazione è possibile, senza bisogno di ricorrere alla dilatazione artificiale del collo dell'utero, tanto più che le contrazioni uterine fanno aprire la bocca dell' organo. Ove, poi, non sia possibile questa esplorazione semplice, si può dilatare il collo dell' utero colla laminaria o colla spugna preparata.

I fibromi sottoperitoneali spesso si possono distinguere per la loro durezza, per il loro contorno irregolare, nodoso e perchè sono multipli.

In tutti i casi dubbî non bisogna trascurare l' esplorazione del retto colla mano.

A. Scambelluri

Fibromi e polipi fibrosi.

(*University College Hospital*, 1866-69).

Età	Iniziali	Maritata o nubile	Numero di figli	Osservazioni
17	A. H.	N.	0	Fibroma innanzi e a destra dell' utero.
20	J. G.	M.	1	Fibroma al lato sinistro dell' utero.
20	E. G.	N.		Piccoli polipi mucosi della bocca dell' utero.
22	E. D.	M.	0	Tumore dietro l' utero grande quanto un uovo.
22	B.	M.	1	Fibroma nella parete anteriore (antiversione ?).
23	C.	M.	0	2 aborti. Fibroma.
24	A. C.	N.		Fibroma, quanto un uovo, al lato sinistro dell' utero. Dismenorrea.
25	L. D.	M.	2	Fibroma, quanto un uovo di piccione, innanzi ed a destra dell' utero.
26	L. D.	M.	0	Fibroma, quanto un piccolo arancio, nella parete anteriore dell' utero.
26	M. M.	M.	0	Maritata da 5 anni. Grosso fibroma nel lato anteriore sinistro dell' utero. (Iniezione con acido acetico).
27	E. A.	N.		Fibroma, quanto una testa di piccolo feto, al lato destro dell' addome.
27	A. T.	N.		Grosso fibroma. (Incisione del collo).
27	M. A. G.	M.	1	Fibroma dietro l' utero.
27	E. S.	M.	0	Fibroma, quanto un arancio, nella parete anteriore dell' utero.
28	E. L.	M.	4	Fibroma dietro l'utero, quanto un arancio di Malta, tre anni dietro ebbe l' ultimo figlio.
30	M. A. H.	M.	1	Un figlio di 5 anni. Fibroma al lato destro dell' utero.
30	S. H.	M.	1	Fibroma nella parte posteriore dell' utero.
30	E. P.	M.	0	Maritata da 11 anni. Fibroma dell' utero, grosso come il pugno.
30	J. O.	M.	7	Fibroma a sinistra dell'utero, quanto un piccolo uovo. Utero o vescica prolassata.
30	E. D.	M.	0	Maritata da 4 anni. Fibroma innanzi al collo, grosso come un' avellana.
30	A. F.	M.	1	Un figlio di 10 anni. Fibroma nella parete anteriore destra dell' utero. Cavità di questo $^2/_4$ di pollice più lunga.
30	D. W.	N.		Fibroma, quanto un arancio, a destra dell' utero.
31	E. N.	M.	1	Un figlio di 2 anni. Grosso tumore duro, di 6 pollici di diametro, a destra dell'addome, manifestamente uterino. La sonda penetra dietro di esso.
31	M. A. S.	M.	0	Tumore durissimo dietro l' utero, grosso quanto il pugno, in continuità coll' utero. Tumore anche sopra il pube a metà via dall'ombelico.
31	M. B.	N.		Utero ingrandito, anteriormente e a destra. Tumore dubbio anche dietro di esso.
32	J. W.	M.	1	Un figlio di 15 anni. Due fibromi rotondi, uno innanzi e l' altro a sinistra dell' utero, collegati fra loro. L' utero spinto in basso e retroflesso.
32	S. R.	M.	0	Maritata da 9 anni. Piccolo fibroma a destra dell' utero.
32	C.	M.	0	Maritata da 4 anni. Grosso fibroma, quanto una testa di feto, innanzi all' utero. La sonda entra per 3 pollici.
33	E. W.	M.	5	L' ultimo figlio di sei anni. Fibroma nella parete anteriore.
33	S. K.	M.	2	L' ultimo figlio di 9 anni. Fibroma al lato destro dell'utero.
33	A. H.	M.	0	Maritata da 9 anni. Tumore quanto un uovo di piccione, a destra della parete latero-anteriore. Curato colla incisione del collo internamente e l'uso del pessario ad asta. Segni di gravidanza alla fine del 1869.
34	E. M.	M.	7	L' ultimo figlio di $^1/_2$ anno. Ha emesso una sostanza dura della forma di un uovo, forse un polipo fibroso.
34	C. T.	N.		Enorme fibroma.
35	M. A. T.			Fibroma.
35	A. B.	M.	0	Fibroma al lato destro dell' utero.

FIBROMI E POLIPI FIBROSI — *contin.*

Età	Iniziali	Maritata o nubile	Numero di figli	Osservazioni
35	E. R.	M.	7	Retroflessione dell' utero e tumore molle dietro di esso alquanto schiacciato.
35	L. N.	M.	6	Polipo attaccato al collo. Operazione.
35	S. B.	M.	8	(?) Fibroma nella parete anteriore.
35	E. B.	N.		Polipo. Operazione colle forbici.
35	E. C.	M.	1	Un figlio di 16 anni. Fibroma che parte da dietro l' utero al punto di unione del collo col corpo, grande quanto un uovo di piccione, schiacciato.
35	E. M.	M.	0	Fibroma anteriormente e posteriormente all' utero.
36	J. W.	M.	0	Fibroma al lato destro dell' utero.
36	M. A. E.	M.	0	Fibroma esternamente. Segni di sfacelo di un polipo uterino.
36	E. L.	M.	4	Fibroma partente da dietro l' utero in basso. Ultimo figlio di 2 anni $^1/_2$.
36	E. M.	M.	3	Ultimo figlio di 10 anni. Fibroma a destra dell' utero (?).
36	A. G.	M.	0	Maritata da 20 anni. Ingrossamento generale dell'utero, ma sovrattutto al lato destro. Collo anche ingrandito. Iperestesia vaginale.
36	E. L.	M.	4	5 aborti, l' ultimo 9 anni dietro. Fibroma al lato destro, grosso quanto un uovo. Mestruazione membranosa e dismenorrea.
36	A.	M.	3	Fibroma al lato destro dell' utero e innanzi.
37	J. B.	M.	3	5 aborti. Dice che le fu asportato un fibroma; utero ancora grosso.
37	A. W.	M.	0	Grosso fibroma il cui diametro verticale obbliquo è 8 pollici. Per la maggior parte è sul lato destro. Bocca dell' utero tratta in alto.
37	S. C.	M.	0	1 aborto 18 anni dietro. Fibroma, grande quanto un arancio al lato destro dell' utero.
37	W.	M.	3	L' ultimo figlio di 3 anni $^1/_2$. Fibroma a destra dell' utero, penzolante.
37	C.	M.	2	L' ultimo figlio di 20 anni. Fibroma a sinistra dell' utero.
38	M.	M.	0	Fibroma polipoide, quanto il pugno. L'inferma morì di pioemia consecutiva a dilatazione del collo dell' utero.
39	S. S.	M.	0	Maritata a 16 anni. Fibroma grande quanto un utero gravido a 6 mesi. La sonda penetra un poco a sinistra ed innanzi ad esso.
39	C. P.	M.	7	Ingrossamento nodoso innanzi e a destra dell' utero.
40	E. A.	M.	3	L' ultimo figlio di 10 anni. Fibroma dietro l' utero, quanto un uovo.
40	A. C.	M.	0	Maritata da 4 anni. Fibroma dietro l' utero, quanto un uovo di gallina.
40	m. W.	M.	0	Grosso fibroma posteriormente all' utero. Largamente inciso.
40	m. D.	M.	0	Grandissimo fibroma dell' utero.
40	m. W.	M.	0	Maritata da 18 anni. Fibroma, quanto un arancio, dietro l' utero. Retroversione di questo.
40	E. F.	M.	0	Maritata da 18 anni. Fibroma, quanto una testa di feto, rotondo, mobile, con piccolo peduncolo.
40	E. D.	N.		Due grossi fibromi, sulla parte anteriore dell' utero.
40	C. L.	M.	1	Un figlio di 15 anni. Fibroma di 1 pollice $^1/_2$ di diametro dietro l' utero. La sonda penetra a sinistra.
41	E. C.	N.	0	Grosso fibroma.
42	D.	M.		Polipo molle, rottura (?), coaguli, ecc.
42	E. W.	N.		Grosso fibroma.
42	C. B.	M.	1	Fibroma dietro l' utero, quanto un pugno. Retroflessione. Un figlio molti anni dietro.
42	C. S.	M.	2	L' ultimo figlio di 16 anni. Fibroma dietro l' utero.
42	E. m.	M.	2	L' ultimo figlio di 15 anni. Polipo. Operazione.
43	C. T.	M.	0	Considerevole fibroma a destra dell' utero.
43	F. Y.	M.	1	L' ultimo figlio di 22 anni. 1 aborto 5 anni dopo. Fibroma polipoide o fibroma. La sonda penetra 4 pollici.

FIBROMI E POLIPI FIBROSI — *contin.*

Età	Iniziali	Maritata o nubile	Numero di figli	Osservazioni
44	M. A. F.	M.	3	L' ultimo figlio di 20 anni. Fibroma quanto una testa di feto. Utero ingrossato a sinistra, è basso.
44	S. C.	N.		Enorme fibroma, quanto una testa di adulto, in 3 porzioni.
44	E. E.	N.		Aggregazione di 3 o più grossi fibromi, come che oltrepassanti il volume di una testa di feto.
45	C. L.	M.	2	L' ultimo figlio di 10 anni. Piccolo fibroma nella parete anteriore del collo.
45	C. m.			Polipo, quanto un' avellana.
46	S. D.	M.	1	E 5 aborti. Polipo asportato collo schiacciatore.
46	E. F.	M.	1	Enorme fibroma che giunge a 3 pollici sopra l' ombelico. Il diametro trasversale è di 8 pollici. Sembra che abbia origine dalla parete posteriore dell' utero. La sonda penetra per 4 pollici $^1/_2$ innanzi al tumore.
46	S. R.	N.		Fibroma quanto la testa di un adulto.
47	B.	M.	0	Maritata da 17 anni. Fibroma a sinistra dell' utero.
48	E. D.	M.	0	La pelvi è riempita posteriormente da ingrossamento fibroso dell' utero, che va anche in alto un po' sopra l'ombelico.
48	E. m.	M.	7	L' ultimo figlio di 6 anni. Polipo mucoso. Operazione.
48	C. J.	N.		Piccolo polipo.
48	S.	M.	0	Ingrossamento fibroso della parte anteriore del collo.
49	E. m.	N.		Grosso fibroma, quanto una testa. (Una volta fu creduto ovarico).
49	R. G.	M.	2	L'ultimo figlio di 10 anni. Grosso fibroma, quanto una testa. In parte nella pelvi.
49	m. A. m.	M.	9	Polipo. Operazione.
49	m. B.	M.	9	Fibroma, quanto una noce, innanzi al collo.
50	J. B.	M.	4	Fibroma, quanto un arancio, dietro l' utero.
50	J. D.	M.	0	Fibroma, quanto un arancio, dietro l' utero. Prolasso dell' utero e tumore esternamente. Canale uterino quasi chiuso.
50	A. S.	M.		Grosso fibroma fino all' altezza dell' ombelico.
50	E. S.	M.	0	Grosso fibroma che riempie la pelvi.
50	m. C.	M.	9	Polipo asportato colle forbici.
50	C.	M.	6	Polipo, quanto un uovo di piccione. Operazione.
58	F. D.	M.	12	Polipo, quanto una mela. Operazione.
64	J. N.	M.	7	Fibroma dietro l' utero.

ETIOLOGIA.

Sulla questione relativa alla causa della formazione dei fibromi nei tessuti uterini non è stato gettato nessuno sprazzo notevole di luce. Come che si sieno espresse varie teorie a spiegarne la produzione, esse non si fondano sopra fatti di natura positiva.

Questi fibromi ponno essere ritenuti come parti dei tessuti uterini, le quali, in un qualche modo, si sono isolate dall' utero ed hanno assunto uno sviluppo quasi indipendente, per il quale sono soggette a certe leggi diverse da quelle cui obbedivano prima del loro isolamento.

Sembra probabile che possa esservi l'azione di qualche influenza che altera i cangiamenti nutritivi nell'utero e mena alla formazione

di questi tumori. A me è parso che essi certamente si osservano con maggiore probabilità in donne il cui stato generale non è soddisfacente ed in cui, perciò, i cangiamenti nutritivi del corpo in generale sono e sono stati per solito lenti, torpidi ed imperfetti. La debolezza generale porta seco debolezza locale, ed io son venuto nella conclusione che la formazione di fibromi nell'utero è connessa a difettoso potere nutritivo dell'utero in totalità.

La precedente spiegazione mi venne in mente dopo di aver letto, da qualche tempo, alcuni lavori del Dr. Salisbury, di Cleveland, Ohio, e del Dr. Ephraim Cutter, propugnanti un'alimentazione largamente composta di carne nella cura dei casi di fibroma uterino, e dopo di aver osservato i buoni risultati di questo metodo di cura in certi casi ben caratterizzati venuti sotto la mia osservazione. (Veggasi appresso circa le osservazioni sulla « Cura »).

CURA.

Il pericolo di vita dovuto alla presenza di fibromi nell'utero o intorno a questo varia moltissimo nei diversi casi ed è inerente quasi esclusivamente alla gravezza ed intensità dei sintomi secondarî. Il pericolo maggiore è prodotto dalle emorragie spesso ripetute, dalla menorragia cronica, dalla leucorrea, ecc., che si hanno nei casi gravi, e dall'esaurimento che producono nell'organismo dell'inferma. Per sè stessi questi tumori sono quasi innocui, ma, quando sono grandi, possono opporsi meccanicamente ad importanti funzioni del corpo e così produrre un esito funesto. In un caso nel quale il tumore era di considerevole volume, l'irritazione cui dette origine la sua presenza produsse enormi accumulazioni di liquido ascitico nell'addome che, colla sua pressione, minacciò la vita. Perciò le indicazioni curative variano nei diversi casi.

L'asportazione del tumore si deve eseguire sempre che le condizioni siano tali da renderla sicura per l'inferma. Molto spesso il tumore non si può asportare che con grande pericolo ed in altri casi i suoi rapporti coll'utero sono tali che non se ne può avere la completa asportazione se non asportando tutto l'utero.

Il caso più semplice è quello nel quale vi ha un polipo fibroso penzolante nella vagina o protuberante dalla vulva, attaccato con un peduncolo all'interno dell'utero. Nei casi di questo genere l'unica cura conveniente è l'asportazione del polipo. Una volta usavasi una cordicella per troncare il peduncolo del polipo, facendo il nodo intorno a questo peduncolo e stringendolo col ben noto apparato del Dr. Gooch. La compressione fatta dalla legatura produceva la separazione del tumore in pochi giorni o dopo più lungo tempo quando il peduncolo era di considerevole grossezza. Questo metodo oggi è

quasi caduto in disuso. Oggi sono adoperati su vasta scala il coltello, le forbici o lo schiacciatore a catena, il filo metallico. Si è visto che, usando il coltello o le forbici, l'emorragia od è molto scarsa o si domina molto facilmente, e usando lo schiacciatore il pericolo dell'emorragia è ridotto quasi a zero. Il metodo antico è molto inferiore al coltello, alle forbici o allo schiacciatore, giacchè, se il peduncolo non è molto piccolo, la legatura colla cordicella non ne produce la separazione in meno di due o tre giorni, durante il quale tempo l'ammalata è costretta a tenere nella vagina una massa semiputrefatta, ciò che costituisce un grande inconveniente, e fa correre il grande pericolo di un assorbimento putrido e consecutiva pioemia. Senza dubbio è una cosa di grande importanza il totale allontanamento del polipo in una volta, sempre che ciò sia praticabile.

Nella scelta dello strumento speciale dobbiamo farci guidare dalle esigenze del caso che abbiamo innanzi. Quando trattasi di un polipo il cui picciuolo è della grossezza di un manico di penna, è del tutto indifferente l'usare le forbici curve, il polipotomo (lungo uncino il cui lato concavo ha un margine tagliente) o lo schiacciatore a catena, o il filo metallico. Ciascun operatore sceglierà lo strumento nel cui uso ha maggior dimestichezza. Naturalmente vi ha maggior pericolo di offendere la vagina quando si adoperano le forbici od il coltello, ma anche questo pericolo dipende più dallo operatore che dallo strumento. Se il peduncolo ha una grossezza maggiore di quella sopra indicata, lo schiacciatore a catena, o il filo metallico, sono da preferire, tanto più che si agevola l'operazione e vi ha minor pericolo di emorragia. Questo ultimo metodo di troncare il peduncolo è anche applicabile ai casi, nei quali le forbici o il coltello non si potrebbero usare a causa della posizione del peduncolo. Lo schiacciatore a catena si applica con difficoltà quando il peduncolo è grosso ed allora il filo metallico o la corda metallica (come si usa nello strumento del Dr. Braxton Hicks) sono utilissimi. La grossezza della fune deve aumentare proporzionatamente alla grossezza del peduncolo. Una modificazione dell'apparato di Gooch, rendendolo fortissimo e capace di adoperarlo con qualunque diametro di filo o di corda metallica, è stata fatta dai Signori Weiss ed è stata sperimentata molto utile nei casi di polipi con peduncolo molto grosso. In parecchi di tali casi è stato trovato efficace lo strumento del Dr. Braxton Hicks. Lo strumento di Meyer (veggasi fig. 135), in cui si adopera una forte corda metallica da pianoforte, è ottimo ed io l'ho usato con vantaggio in moltissimi casi. Ho adoperato lo schiacciatore a catena ed anche una corda metallica, e le forbici, per asportare polipi fibrosi. Se il peduncolo è piccolo le forbici servono bene, ma se è grosso è da preferire lo schiacciatore. Se si tratta di un grande polipo sporgente dalla bocca dell'utero nella va-

gina, bisogna ricordarsi che può essere invece un'inversione parziale dell'utero. Ecco un caso di questo genere:

Il Dr. J. Ogle presentò alla *Pathological Society* un tumore mandatogli dal Dr. Slater di Halifax, Nuova Scozia. Il Dr. Slater lo aveva asportato collo schiacciatore e l'inferma, secondo si riferiva, era guarita bene. Il tumore fu mandato al Dr. Ogle, al Dr. Marion Sims ed a me per farne una relazione, la cui sostanza fu la seguente: [1] « Il tumore ha la forma di un mellone; ha 4 1/2 pollici di diametro. 2 1/2 di grossezza. Da una parte ha una superficie lunga 1 pollice, ovoidale, leggermente schiacciata e perfettamente levigata. Questa superficie era chiaramente una parte della superficie peritoneale dell'utero. Il tumore era costituito da un polipo che partiva da un punto centrale dell'interno dell'utero. Nel distaccarlo lo schiacciatore avea reciso la porzione di utero con cui il polipo era in rapporto, la quale porzione formava, in realtà, il peduncolo del tumore ».

Questo caso è molto raro ed indica la convenienza di misurare la cavità uterina prima di recidere quello che può sembrare peduncolo. Nella fig. 127 si vede un caso presso a poco simile.

Le manovre necessarie per asportare un polipo della forma più comune si comprendono in due parole. Io ho visto che il miglior metodo è di contornare il peduncolo con un laccio forte e stringerlo leggermente e poi tirare. Questa manovra porta più in basso il colletto del polipo e lo rende più accessibile, supposto che debbansi usare le forbici o qualche altro strumento tagliente. Un robusto forceps volsella serve allo stesso scopo, ma non così bene [2].

In rari casi i polipi fibrosi uterini raggiungono un enorme volume prima che dalla cavità dell'utero sporgano nella vagina ed allora, quantunque il tumore sia nella vagina, la sua grandezza semplicemente crea una difficoltà per raggiungerne il collo. In questi casi è stato necessario asportarlo a pezzi; tagliare o asportare quanto più se ne può in una sola volta ed aspettare che il resto scenda più in basso prima di fare un'altra operazione. Quando la massa è molto grande può essere indispensabile la dilatazione della vagina per mezzo di un sacchetto di caoutchouc ripieno di acqua o di una spugna per potere raggiungere il tumore con maggior facilità.

Quando il polipo è stato asportato, l'inferma deve stare in riposo per pochi giorni e nella maggior parte dei casi è bene dare un oppiaceo dopo la operazione. Se in seguito a questa segue emorragia si vince agevolmente zaffando bene la vagina.

Gli altri casi di cui dobbiamo occuparci sono quelli in cui il fibroma è attaccato all'interno dell'utero con un peduncolo, ma lo

[1] *Trans. of Path. Soc.* vol. xvi. p. 221.

[2] Il Professore F. Rizzoli ideò una pinzetta da servire per l'asportazione dei polipi uterini. Questo strumento si vede nella fig. IX applicato sul polipo e nella fig. X si vedono le branche colle loro dentellature. Questa pinzetta riesce perfettamente a strozzare

stesso tumore sta ancora entro di questo organo. La bocca uterina si può trovare piccola o mediocremente ampia. Spetta a Sir. J. Y.

---

la circolazione nel tumore, poichè quando la branca maschio *b* (fig. X) penetra nella finestra della branca femina striscia nel margine tagliente *h* ed escide le parti molli

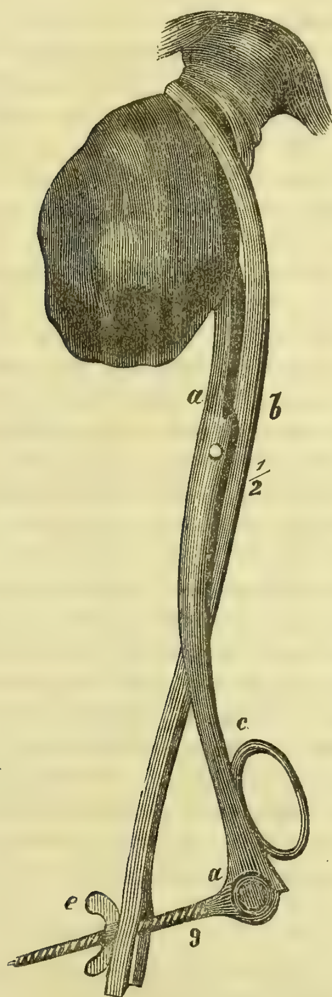


Fig. IX.

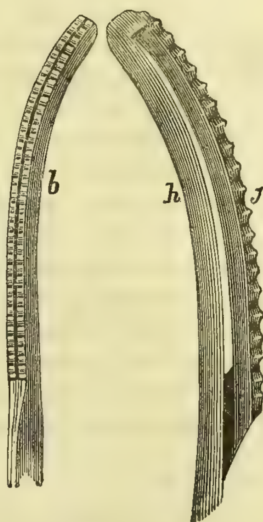


Fig. X.

frapposte. L'orlo superiore *j* della branca femina, provvisto di robusti denti ottusi schiaccia le parti spintegli contro dalla branca maschio *b*. Dopo applicato lo strumento intorno al peduncolo lentamente si stringono le due branche per mezzo della vite *g* (fig. IX) fino al grado che fa bisogno e poi col bistori o colle forbici si asporta il tumore, il quale sta sul davanti della pinzetta. Compiuta l'escisione, si avvolgono in pezzi di tela i manici delle branche e si fissano ad una coscia, restando così per alcune ore, passate le quali si svitano e portano via. Il Rizzoli operò numerose volte i fibromi uterini con questa

Simpson il merito non solo di avere per il primo indicato come si deve fare la diagnosi quando la bocca dell'utero si trova chiusa — cioè dilatandola artificialmente — ma di avere anche per il primo eseguita l'operazione dell'asportazione del polipo che trovasi in queste condizioni nell' interno dell'utero [2]. La grossezza del peduncolo del polipo può variare ed anche il volume del tumore, ma, ordinariamente, non troviamo che polipi molto grossi provvisti di stretto peduncolo restino a lungo nella cavità uterina; giacchè, per lo più, incontra che la bocca dell'utero gradatamente si dilati e permetta al tumore di cadere tutto o in parte fuori di essa. Quando il peduncolo è stretto, l'operazione per asportarlo non è difficile, ma è più difficile di quella richiesta quando il polipo sta nella vagina. L'asportazione di un polipo dall' interno dell'utero è del tutto praticabile e nella maggior parte dei casi è un'operazione opportuna. All'ingrosso possiamo giudicare quale è la grossezza del peduncolo tentando di torcere il tumore sul suo asse. La torsione si è usata in pochissimi di questi casi, ma raramente il peduncolo è tanto piccolo da permettere che si tenti con successo. Si sono ideati coltelli di varie forme per tagliare il peduncolo; per esempio il polipotomo del Professore Simpson, o il polipotribo del Dr. Aveling (fig. 167), che è una modificazione dello strumento di Simpson. Lo strumento s'introduce attraverso la bocca uterina, abbraccia il peduncolo e lo taglia. Si ponno anche adoperare le forbici curve, ma le manovre che richiedono non sono di molto facile esecuzione se la bocca è stretta o non è cedevole. Il filo o la corda metallica sono i più adattati a recidere il peduncolo, giacchè l'unica difficoltà consiste nel situarli attorno al collo del tumore. Per potere eseguire le necessarie manovre spesso è necessario dilatare la bocca artificialmente. Il Dr. Lombe Atthill [3] descrive e dà la figura relativa di un metodo molto ben ideato



Fig. 167 [1].

---

sua pinzetta e sempre ebbe ottimi risultati dal suo processo che non è molto diverso da quello propugnato dal Pr. Gallozzi per l'asportazione dei tumori emorroidarii col suo enterotomo.

Il Pr. Morisani ha modificato la pinzetta del Rizzoli, facendo più lunghe le branche in quel tratto che sta superiormente al punto della loro articolazione, aumentandone la curva, sostituendo al chiodo fisso di congiunzione un perno a vite, come quello del forcipe francese, allo scopo di potere separare le branche ed introdurle indipendentemente l'una dall'altra, e così modificata ha usato la pinzetta per l'asportazione dei miomi sessili SCAMBELLURI.

[1] La fig. 167 rappresenta il polipotribo del Dr. Aveling.

[2] Edizione originale delle *Obst. Works*, vol. i. p. 128.

[3] *Lectures on Diseases of Women.*

per la dilatazione del collo in tali casi, cioè coll'uso combinato di un fascio di pezzi di laminaria, per mezzo del quale il collo può essere dilatato rapidamente, ed i necessarii processi operativi nella cavità dell'organo sono facilitati.

Un'altra classe di casi è quella in cui vi ha un fibroma nella sostanza del collo dell'utero, o sovra un labbro della sua bocca. Questi casi non sono molto comuni, ma il tumore che trovasi ivi può raggiungere un gran volume. La cura di questi casi è identica a quella applicabile quando vi è ipertrofia del collo dell'utero (veggasi p. 94).

Ora ci occuperemo di quella serie di casi riguardo alla cura dei quali vi è una certa diversità di opinioni, cioè di quei fibromi che stanno attaccati all'utero con una base molto ampia, mancando qualunque accenno di peduncolo. I più agevoli a curare di questi casi sono quelli in cui, benchè la base di attacco sia larga, pure il tumore ha una forma polipoide. Un tal tumore può protuberare parzialmente dalla bocca dell'utero. Lo schiacciatore a corda metallica, o la legatura col filo metallico, si possono adoperare per recidere tali tumori, pur quando stanno abbastanza in alto. Sono stati messi in pratica varii metodi di cura quando il tumore non aveva la suddetta forma polipoide. Amussat incideva la bocca ed il collo e poi staccava il tumore dall'interno dell'utero con una specie di enucleazione o sgusciamento. Questa operazione, variamente modificata, più recentemente è stata eseguita anche da altri. Così Baker Brown in parecchi casi ha adottato un processo [1] per l'asportazione di questi tumori fondato sulla supposizione che, quando essi sono parzialmente divisi o disintegrati, per esempio asportando un pezzo dal centro, hanno la tendenza a morire e distaccarsi spontaneamente. Il Dr. Gooch fu il primo che alluse a ciò, giacchè egli riteneva che quando una legatura era applicata intorno al collo di un polipo si mortificasse tanto la parte che stava sopra, quanto quella che stava sotto la legatura. In alcuni casi, però, il punto di attacco ed i rapporti del tumore coll'utero essendo notevoli, non si avrebbe che poco o nessun effetto nella parte restante asportando una parte del tumore.

Il Dr. Marion Sims [2] ha pubblicato relazioni di parecchie difficili operazioni e descrive alcuni nuovi strumenti utili per agevolare l'asportazione di fibromi intra-uterini. Uno di questi (fig. 168), è da lui chiamato uncina-tumore, potendosi col suo mezzo solidamente afferrare il tumore e tirarlo in giù.

Un altro (fig. 169) è un forte rampino a gomito con un margine

---

[1] *Obst. Trans.* vol. i. e iii.
[2] On Intra-Uterine Fibroids, *New Jork Med. Journ.* April 1874.

tagliente; l'asta è molto forte ma di tal sostanza da potersi pie-

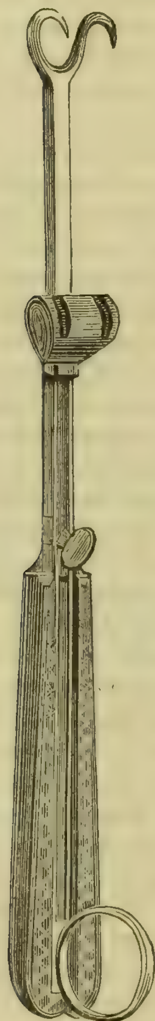


Fig. 168 [1].

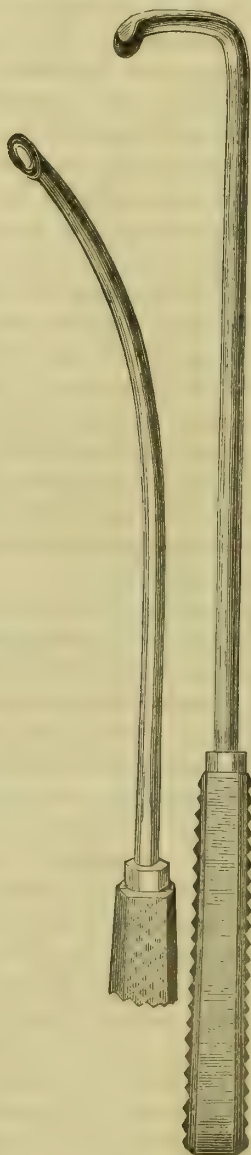


Fig. 169 [2].

gare secondo il bisogno. Questa è una forma nuova di snuclea-

[1] La fig. 168 mostra l'uncino di Sims.
[2] La fig. 169 mostra due forme dell'enucleatore di Sims.

tore e col mezzo di questi strumenti il tumore si distacca gradatamente [1].

Il Dr. Washington Atlee dice: se l'emorragia è copiosa ed infrenabile bisogna dilatare la bocca ed il collo dell'utero in modo da avere libero accesso. Allora si amministra l'ergotina e quando si è fatto ciò si porta sul dito un lungo bistori bottonato piatto fino al margine superiore del tumore. In questo momento un assistente terrà fisso l'utero da sopra le pareti addominali; si gira il bistori e si taglia profondamente e con energia il tumore tirando il bistori in giù. Spesso incontra che se prima dell'incisione vi era emorragia dopo cessa. Dopo l'incisione bisogna tentare l'enucleazione, la quale riuscirà se il tumore non è molto grosso. È bene asportarlo in una volta se è possibile. Si continuerà l'ergotina consecutivamente.

Il Professore T. Gaillard Thomas [2] descrive un nuovo strumento il « cucchiaio dentato » per asportare i fibromi uterini sessili. Quando il tumore è sessile, non peduncolato, nè totalmente attaccato (i quali due casi richiedono altre operazioni) il Dr. Thomas ricorre all' « avulsione ed egli ne dà uno strumento, il « cucchiaio dentato » per eseguirla. Dilatato il collo uterino, si applica un robusto orceps volsella e si usa il cucchiaio dentato per distaccare il tumore. Il Dr. Thomas dice che questo serve meravigliosamente.

Il Dr. Emmet [3] trova molto utile l'usare una trazione continuata per mezz'ora o più, durante l'operazione, per assicurarsi così anche l'aiuto delle contrazioni uterine. Colla trazione si produce la formazione graduale di un peduncolo, dovuto alla energica contrazione

---

[1] Lo *snucleamento*, giusta ciò che dice Sims, consiste nell'aprire la scorza fibrosa del tumore e portar via il tessuto fibro-cellulare che lo costituisce.

In primo luogo bisogna dilatare il canale cervicale colla spugna o colla laminaria ove non fosse abbastanza ampia. Con una pinzetta ad uncini si afferra e trae in basso la parte visibile del fibroma ed allora s'incide la capsula dal punto più basso fino alla parte laterale e posteriore: per il punto inciso s'entra coll' indice e si distacca la capsula dal parenchima del tumore senza oltrepassare i limiti ove essa si attacca alle parti uterine; poi tutta questa porzione di capsula si escide colle forbici. Si continua fin dove si può il distacco della capsula longitudinalmente e poi si ricorre allo snucleatore eseguendo con questo movimenti alternati di elevazione e di abbassamento lungo tutta la periferia del tumore.

Quando si giungerà nelle parti più alte coll' uncino doppio si afferrerà la neoplasia nel punto più alto posteriormente e se ne tenterà il rivolgimento rotandolo nella direzione dell'asse longitudinale. Con queste manovre il tumore verrà fuori in vagina. Dopo che sarà estratto il tumore bisognerà portare via il resto della capsula rimasta in cavità prima che avvengano le contrazioni dell' utero. Allora sono più facili le emorragie e bisogna aver tutto pronto per zaffare la cavità uterina, ciò che Sims faceva coll'*iron-cotton*. Per preparare questo cotone si bagna con acqua pura del cotone purissimo, poi si spreme per farne colare l'acqua che aveva assorbito e si satura con una soluzione di 2 parti di acqua distillata ed 1 di sottosolfato di ferro. Poi si spreme di nuovo per renderlo quasi asciutto e si conserva, per servirsene quando occorre, in vasi chiusi di vetro. Zaffata la cavità dell' utero con pallottole di questo cotone ed applicando poi un piumacciuolo vaginale bagnato in acqua comune si lasciano questo per dodici ore, quelle per 24. Il vantaggio di questa medicatura è di prevenire l'emorragia e di agire antisetticamente.

A. SCAMBELLURI.

[2] Amer. Journ. of obst. vol. X. p. 645.

[3] *Ibid.*, New Jork obst. Soc. 1874.

muscolare dell'utero, massime intorno alla base del fibroma. In due casi il peso del tumore fu di 7 e 4 1[2 libbre (*inglesi*). Quando il volume del tumore non oltrepassa quello di un uovo di piccione egli combatte l'emorragia e lo costringe ad uscir fuori dal suo letto coll'uso frequente di suppositorii rettali ed intrauterini dello estratto acquoso di ergotina di Squibbs (0,$^{gr.}$90 ad 1,20 per ognuno). Non appena il fibroma sporge a sufficienza lo afferra col doppio tenaculum portato in alto sul tumore quanto più è possibile e si mantiene la trazione per un minuto e mezzo. Si arresta l'emorragia e si provoca la contrazione dell'utero colle iniezioni di acqua calda e colle iniezioni o pennellazioni della cavità uterina per mezzo della forte tintura di iodo di Churchill. Talvolta s' imbottisce l'utero di bam-

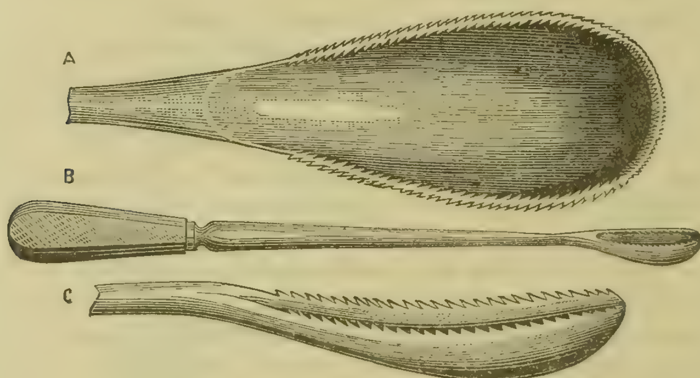


Fig. 170 [1].

bagia bagnata nella glicerina e si zaffa la vagina; si fanno invariabilmente iniezioni di acqua calda fenicata. Il Dr. Emmet trova molto buono il cucchiaio di Thomas; egli descrive anche un suo snucleatore che si può attaccare all'estremità del dito.

L'enucleazione dei fibromi interstiziali o parietali generalmente non è attuabile dalle vie interne, salvo il caso in cui il tumore sta molto in basso, o nella sostanza del collo uterino. Così, in un caso riferito dal Dr. Whiteford, un fibroma situato nella parete anteriore dell'utero, vicino al collo, fu tagliato dopo fatta la dilatazione del collo; pochi giorni più tardi fu afferrato il tumore stesso e tratto in giù ed in ultimo asportato; l' inferma guarì. In questo caso le emorragie furono gravissime.

Tutte le operazioni sui fibromi di forma non polipoide sono un

---

[1] La fig. 170 rappresenta il cucchiaio dentato di Thomas.

poco azzardose, giacchè sono sempre facili a seguire la pioemia, l'infiammazione dell'utero, ecc. Questi pericoli spesso sono molto notevoli; quello di perforare l'utero, l'infiammazione dell'utero che ne può seguire, la pioemia che facilmente si può manifestare, la lacerazione e le manovre prolungate che possono essere inevitabili per menare a termine l'operazione, sono tutti i pericoli che non bisogna affrontare a cuor leggiero; ma i casi narrati dai varii operatori mostrano che l'asportazione di grandi tumori intrauterini è mediocremente sicura. Sembra che sia importante il procurare uno stato di contrazione dell'utero prima di cominciare l'operazione e snucleare ed asportare lacerando piuttosto che incidere nel distaccare il tumore; sembra che sia utile cosa asportare il tumore tutto in una volta quando ciò si può fare.

La *sola incisione profonda della bocca e del collo* dell'utero talvolta è stata fatta allo scopo di diminuire o di arrestare le gravi ed esauranti emorragie che talvolta si osservano. Questo metodo sembra che sia stato per la prima volta usato simultaneamente da Nélaton, da Baker Brown e da M'Clintock. Varie spiegazioni si sono date dell'efficacia di questa pratica, che realmente sembra sia utile in alcuni casi. Io la spiego così: l'emorragia si arresta perchè nell'utero non continuano ad avvenire altre accumulazioni di sangue. Quando la bocca è molto piccola il sangue si può raccogliere, formare un coagulo che distende l'utero e immediatamente provocare la contrazione e poi l'espulsione. Appunto come incontra nel caso di aborto nei primi mesi, l'utero alternativamente si riempie di sangue e si vuota. Divenendo maggiore la dilatazione dell'utero il sangue o il coagulo sono espulsi, ma quello di nuovo si accumula. Quando la bocca è incisa il sangue cola facilmente, non si accumula, le pareti uterine non sono forzatamente dilatate e l'emorragia diminuisce. Non in tutti i casi questa operazione viene ad arrestare il sangue, ciò non si dee sperare. Secondo me basta fare un'apertura per cui possa passare l'indice, ma l'incisione o la dilatazione deve cadere su tutto il canale cervicale, inclusa la bocca interna dell'utero. Il canale così dilatato si deve imbottire bene di filaccia bagnata nella glicerina e percloruro di ferro. Lo zaffo verrà fuori dopo tre o quattro giorni e talvolta si deve usare il dito per impedire che si richiuda il canale.

Asportazione dei fibromi colla gastrotomia. — In alcuni casi è stata eseguita la gastrotomia ed è stato asportato il fibroma coll'escisione o strappandolo dall'utero. In alcuni casi, dopo eseguita la gastrotomia, insieme al tumore è stato levato tutto l'utero.

Quando il tumore è sotto-peritoneale è naturale che sia più accessibile dalla cavità del peritoneo rispetto a qualsiasi altra posizione. Se il tumore è grosso, schiacciato e sessile ed ha un'ampia base di attacco all'utero s'incontra una certa difficoltà nell'operare.

Quando, però, il tumore è peduncolato la separazione dall'utero è molto più facile, laonde in questo ultimo caso, più che nel primo, con maggiore probabilità sarà praticabile e coronata da successo un'operazione destinata a levare un fibroma.

In pratica non sempre è molto facile dire, prima che l'addome sia aperto, con quale facilità potrà essere asportato dall'utero il tumore. In questi ultimi anni l'asportazione dei fibromi colla gastrotomia è stata eseguita in un numero considerevole di casi con grande successo.

Nel 1878 [1] Spencer Wells disse che aveva 24 volte fatto l'asportazione di questi tumori, 15 inferme morirono e 9 guarirono. In altri 21 casi egli non asportò il tumore ma incise l'addome e punse o incise od asportò una parte del tumore e solo in 1 di questi casi la morte fu affrettata dall'operazione, mentre in molti si ebbe un miglioramento.

Nel 1880 [2] Spencer Wells disse che sui due anni precedenti aveva operato altre 10 volte, ma applicando il metodo antisettico; sui 10 casi vi furono 3 morti e 7 guarigioni [3]. Vi furono anche altri 5 casi d'incisione e puntura tutti con guarigione.

Un importantissimo elemento in questa quistione è l'evidente innocuità di quella che si può chiamare un'operazione esplorativa. È difficile dire se il tumore può essere asportato senza la suddetta operazione esplorativa. Le conclusioni di Spencer Wells, date sopra, mostrano che questa operazione esplorativa è praticamente innocua. Il Dr. Thomas Savage, K. Thornton e Lawson Tait possono essere citati come sostenitori di questa opinione. Il Dr. Thomas Savage [4] ebbe in sei casi cinque guarigioni; in alcuni usò la legatura, in altri il clamp. Al moncone si può applicare il clamp, secondo il Dr. Savage, quando non è molto grosso ed è lungo, mentre è da preferire la legatura se il moncone è breve e grosso. I suoi casi furono curati col metodo antisettico. I casi che è più difficile curare sono quelli in cui il tumore è della varietà molle ed ampiamente attaccato all'utero. L'emorragia è la principale causa d'imbarazzo, non pure nel momento dell'operazione, ma anche dopo, e ciò perchè le legature sembra che non abbiano buona presa sui tessuti uterini.

Ora possiamo parlare dell'asportazione di tutto l'utero col tumore. Il Dr. H. R. Storer ha compilato statistiche dell'operazione del-

---

[1] *Brit. Med. Journ.* July 27, 1878.
[2] *Ibid.* Sept. 4, 1880.
[3] Questa confessione del sommo operatore inglese, fatta d'altronde anche riguardo all'ovariotomia, serva di prova solenne a coloro che ciecamente, ostinatamente ridono del metodo antisettico in chirurgia! SCAMBELLURI.
[4] The Treatment of Uterine Myoma by Abdominal Section. Birmingham, 1879.

l'*asportazione di tutto l'utero* col tumore, riguardanti 29 casi, inclusi due suoi. Il secondo [1] degl'importantissimi lavori del Dr. Storer su questo argomento dà i seguenti risultati: su 29 casi, 22 morti. La prima operazione della serie fu fatta dal Dr. Clay nel 1843; l'ultima dal Dr. Storer nel 1866. La morte fu prodotta dall'emorragia in 6 casi, dalla commozione (*shock*) in 8 casi e dalla peritonite o dall' infiammazione in 7; da un accidente (al tredicesimo giorno dopo l'operazione) in 1. Gli operatori furono tredici.

Il primo caso operato con successo presso di noi fu quello del Clay di Manchester (compreso nella statistica di Storer). Si trattava di una signorina: il tumore era cresciuto durante alcuni anni e negli ultimi tre o quattro anni si era sviluppato in tal modo da quasi riempire la cavità pelvica. In ultimo l'inferma era molto emaciata, il tumore riempiva la pelvi in tal modo che il dito non poteva essere portato dietro di esso ed in avanti non vi era posto ad introdurre neppure una candeletta, e, siccome era evidente che sarebbe stata messa in pericolo la vita dall'ostacolo opposto al defecare ed all'urinare, si stabilì di asportare il tumore. Tutta la massa, compreso l'utero ed una delle ovaie, fu asportata ed il collo uterino fu tagliato trasversalmente appunto sulla bocca. Due mesi dopo l'inferma viveva e stava bene.

L'isterectomia, come oggi chiamasi generalmente l'operazione con cui si asporta tutto l'utero, in alcuni casi è un'operazione più sicura dell'asportazione del solo tumore; sembra più specialmente opportuna quando il tumore uterino è molto grosso ed attaccato all'utero con un'ampia base. Quando il tumore è situato in modo da bloccare la pelvi, opponendosi seriamente al compiersi delle funzioni della vescica e del retto e quando non può essere spinto in alto sull'addome, è indicata l'operazione. I casi di tumori fibrocistici dell'utero, in cui i processi di rammollimento e di rottura stanno per dare origine a sintomi pericolosi, sono curabili coll'isterectomia. Il solo volume del tumore, però, non può dare un criterio che ci guidi, poichè grandissimi fibromi talvolta relativamente producono pochi disturbi. Così, in un' inferma, che io aveva in cura, l'addome era occupato da un tumore che vi si sviluppava da dieci anni, che in alto giungeva sotto la falsa costola, ma si poteva facilmente muovere. D'altra parte, l'aumentare della debolezza, la dispnea ed il malessere generale possono essere tali da rendere evidente che alla funzione degli organi vitali è opposto un serio ostacolo; e se, al tempo stesso, l'inferma è indebolita da profuse emorragie il pericolo di un'operazione sarebbe relativamente minore.

Il *clamp* del Dr. Storer (fig. 171) ha lo scopo di agevolare le

---

[1] *Amer. Journ. of Med. Soc.* Ian. 1866 e *Trans. of Amer. Med. As.* vol. xvii, 1866.

operazioni che si eseguono sugli organi pelvici, come l'asportazione totale dell'utero, diminuendo la probabilità della emorragia e rendendo più certa e precisa l'azione dello schiacciatore nel dividere i tessuti. Le branche del *clamp* sono lunghe 4 pollici, i margini sono

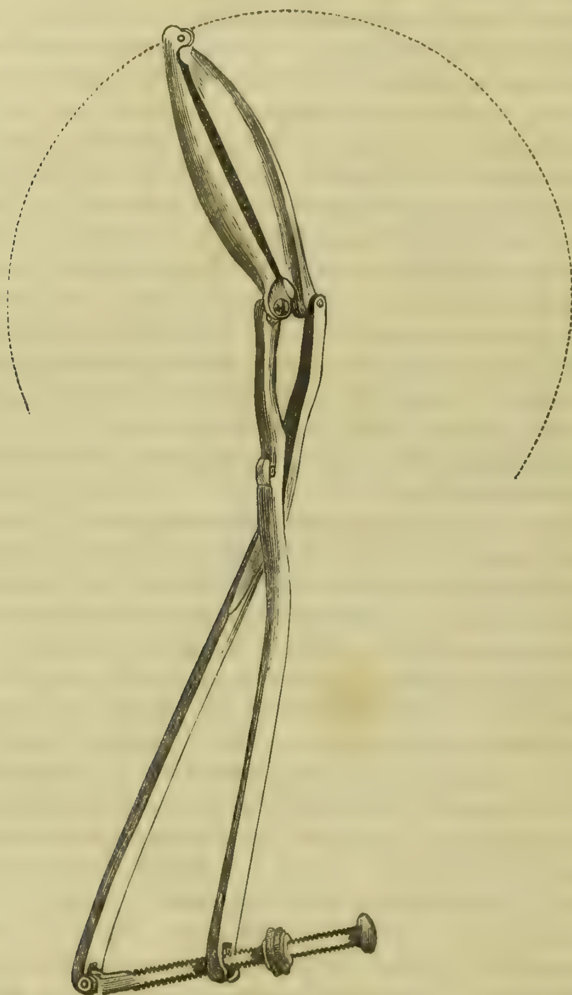


Fig. 171.

dentati e le branche si avvicinano mediante un forceps, molto forte, ad esse fissato. Le branche di questo forceps sono lunghe e perciò si può fare una grande compressione. In tal modo il peduncolo che si deve recidere si può tenere bene afferrato e compresso in una posizione, nella quale sarebbe difficile compiere l'operazione con qualunque altro strumento.

Vi sono varii metodi per eseguire l' isteroctomia allo scopo di asportare fibromi uterini.

In questi casi l'asportazione del collo non è una cosa necessaria e perciò è condotta pratica asportare l'utero col suo tumore, lasciando il collo o, tutto al più, una parte di questo. Eseguita la divisione collo schiacciamento o colle forbici, il moncone deve essere portato al margine della ferita addominale ed ivi fissato (Koeberlé), o può essere ben legato ed abbandonato nella cavità addominale. Un altro metodo è quello conosciuto col nome di operazione di Freund, che ha specialmente di mira i casi di cancro dell'utero (in cui bisogna asportare anche il collo), ma che può anche, probabilmente, applicarsi a certi casi d' isteroctomia per fibroma.

Operazione di Battey (*ooforectomia*). — In questi ultimi anni si è ricorso all'operazione di Battey in certi casi di fibromi uterini, allo scopo d' impedire l'ovulazione e perciò di fare anche finire la mestruazione e le emorragie dall'utero. Le emorragie prodotte dai fibromi uterini talvolta sono molto gravi e, quando non si possono far finire con altri mezzi, si può giustamente ricorrere all'operazione di Battey.

L'operazione di Battey è un surrogato all' isteroctomia. Le due operazioni, praticamente, hanno lo stesso risultato. Finora non abbiamo dati sufficienti per giudicare quale delle due è più opportuna nei casi speciali. Parrebbe che dovesse essere più facile asportare le ovaie che l'utero, e che, oltre a ciò, fosse un'operazione più sicura, massime quando l'utero è molto grande, ma non sempre si è trovata così facile l'operazione come si supponeva.

Nei 193 casi di ooforectomia completa, doppia, raccolti da Battey (Congresso Med. Inter. 1881) ve ne furono 37 in cui l'operazione fu fatta per guarire fibromi uterini. In queste 37 inferme 15 morirono e 22 guarirono (59 per cento). Questo numero di guarigioni non è molto alto e si può giustamente osservare che molte delle ammalate, morte per l'operazione, non sarebbero morte per il fibroma.

Cura generale e palliativa.

Sembra probabile che, nell'avvenire, si potranno ottenere risultati molto maggiori di quelli finora raggiunti, per mezzo di quella che si può chiamare cura nutritiva e corroborante generale delle ammalate che hanno fibroma dell'utero. Finora, si sono impiegate varie sostanze medicinali, per la via dello stomaco, o col mezzo di bagni, con iniezioni ipodermiche o vaginali, e senza dubbio con molto successo. Come ho già notato nel parlare dell'etiologia di questi tumori uterini, sembra che vi sieno motivi a supporre che i processi nutritivi generali, in tali casi, siano ad un basso livello di attività.

Il Dr. Ephraim Cutter [1] seguendo l'idea per la prima volta manifestata dal Dr. Salisbury di Cleveland, Ohio, usò il vitto di sostanze animali, largamente, nella cura dei casi di fibroma. In sette casi l'alimentazione, più o meno rigorosamente animale, fu continuata con perseveranza con risultati molto notevoli in quasi tutti i casi. I tumori diminuirono o scomparvero, ed il miglioramento della salute fu molto sensibile.

Se supponiamo che questi tumori si sviluppano perchè l'utero è generalmente in uno stato di debolezza atonica, non sarà difficile comprendere che un'alimentazione stimolante, col migliorare lo stato nutritivo dell'utero, lo metterà in grado di compiere le sue funzioni più completamente.

Da che ho conosciuto le idee del Dr. Salisbury, le ricerche da me fatte sulle inferme circa le loro abitudini, quanto a modo di mangiare, mi hanno convinto che vi ha largo campo su cui agire riguardo all' influenza terapeutica sui fibromi uterini; ed in parecchi casi ho osservato che si è tratto grande vantaggio dall'uso di una alimentazione largamente animale. È vero che in questi casi furono adottate altre misure, contemporaneamente (medicine internamente, ecc.), alle quali si potrebbe attribuire una parte del beneficio ottenuto, però l'opinione mia è che l'alimentazione abbia una grande influenza.

La cura generale dei casi di questo genere dovrebbe, dunque, consistere: — 1) nell'alimentazione molto accurata dell' inferma con cibi animali, a principio dati in piccole quantità, ma molto spesso; dopo un certo tempo i pasti si possono fare meno frequenti ma più copiosi; 2) nell'uso dei bagni, e delle fregagioni sulla pelle, con cui la circolazionè si può affrettare e nel moto moderato all'aperto.

Durante questi ultimi pochi anni si è amministrata su larga scala l'ergotina ipodermicamente. Il metodo d'Hildebrandt [2] è stato seguito molto generalmente. Consiste nel sollevare una piega di cute, alla cima di questa piega s' introduce perpendicolarmente il cannello fino a metà della lunghezza di questo, in modo che il liquido possa penetrare nel denso tessuto sottocutaneo. Hildebrandt iniettava circa 14 centigrammi di estratto acquoso di ergotina (Wornich), allungato coll'acqua ed unito ad una piccola quantità di glicerina. In un'inferma furono fatte cinquanta iniezioni dal 22 Maggio al 1° Agosto. Il Dr. John Williams usa una soluzione di acido sclerotico. Le conclusioni d'Hildebrandt sono che la cura riesce molto probabilmente benefica quando il tumore è ben provvisto di tessuto muscolare, quando è sottomucoso, quando le pareti dell'utero sono sane,

[1] *Amer. Obst. Journ.* vol. x. p. 562.
[2] Veggansi i suoi lavori nell'*Amer. Journ. of Obst.* 1875, vol. vii. p. 529.

capaci di un'energica contrazione e non vi è nessun processo infiammativo. I suoi risultati, nei casi adatti, furono molto incoraggianti.

La mia esperienza circa gli effetti dell'ergotina riguarda il suo uso per via interna. Nel 1869 vidi, col Dr. Brunton, una signora di 47 anni, la quale aveva allora un tumore, ben delineato, e che continuò a crescere per qualche tempo dopo, producendo una copiosissima perdita di sangue a dati periodi. In questo caso il Dr. Brunton successivamente usò l'ergotina data in modo regolare e a larga dose nei periodi mestruali e si ottenne l'arresto di sviluppo del tumore [1]. Io ho visto anche altri casi in cui dall'uso dell'ergotina si ebbe un notevole vantaggio.

In conclusione, sembra che l'ergotina abbia in molti casi una grande influenza ad arrestare o far diminuire l'emorragia e la leucorrea nei casi di fibroma; che in un piccolo numero di casi può produrre una evidente diminuzione del volume dei tumori ed in pochi casi la loro scomparsa; in altri casi i suoi effetti non sono molto sensibili. Si può attendere un buon effetto dal rimedio soltanto quando si usa per lungo tempo. Si può dare giornalmente per una settimana, facendo ogni settimana sosta per sette giorni, e continuare con questo sistema per tre o quattro mesi.

Cura coll'acqua di Kreuznach. — Le acque dei bagni di Kreuznach hanno ottenuto una grande celebrità nella cura dei casi di fibroma dell'utero.

Il metodo di cura adottato a Kreuznach [2] consiste nell'uso dei bagni di acqua di Kreuznach, a cui si aggiunge una certa quantità di lisciva per renderla più forte. Un bagno di forza media contiene cinquanta libbre di elementi fissi, sette di cloruro di sodio, sette di cloruro di calcio, 62 grammi di bromuro di sodio, 155 gr. di cloruro di litio con altre sostanze in piccola quantità. Si ritiene che circa 40 bagni formino una cura regolare. Al tempo stesso si usano compresse, docce, iniezioni, nella vagina e nel retto. La cura si può fare in casa propria facendosi mandare l'acqua da Kreuznach.

Non si sa bene quale degl' ingredienti sia il più efficace nell'acqua di Kreuznach. Generalmente si ritiene che il più importante sia il bromuro. In pratica io ho usato per molti anni, largamente, il bromuro di potassio, dandolo per mesi, due volte al giorno (a dosi di 64 a 93 centigrammi), ed in alcuni casi è sembrato che avesse avuto grande effetto. È molto difficile stabilire il suo vero merito, rispetto a qualsiasi altro agente terapeutico, tanto più che insieme ad esso se ne amministrano, in generale altri due o tre; e così in certi

---

[1] Caso riferito dal Dr. Brunton, *Obst. Trans.* vol. xiii. p. 282.

[2] Veggasi la relazione del Dr. Engelmann. Lavoro letto innanzi alla *Obst. Society* di Edinbourg.

casi ben distinti di miglioramento dietro la cura, che io potrei addurre, non è possibile dire positivamente se alla medicina o alla dieta si dovessero attribuire i buoni risultati.

Le acque di Woodhal Spa (Lincolnshire) contengono bromo in quantità anche maggiore di quelle di Kreuznach e per quanto si può raccogliere dai casi riferiti, quelle acque hanno un'azione consimile a quella delle acque di Kreuznach sui fibromi uterini.

Cura coll'elettrolisi. — I D.ri Gilman Kimball di Lowell e Cutter di Boston, U. S. A., hanno curato 36 casi di fibroma dell'utero, di notevole volume, coll'elettrolisi. Il Dr. Thomas ne riferì alla Società Ostetrica di New York nel Novembre 1876 [1]. Gli elettrodi erano costituiti da stiletti lunghi sette pollici e mezzo, compreso il manico ed in forma di doccia ; un elettrode fu introdotto sopra l'ombelico, l'altro sotto, alla profondità di quattro pollici. Fu mantenuta la corrente per 15 minuti ; la pelle era difesa, poichè la parte superiore dello stiletto era coverta da materia non conduttrice. Gli elettrodi successivi furono applicati ciascuno da un lato dell'ombelico : la suddetta operazione produceva grandi scariche acquose sempre e si segregava molta urina. Il Dr. Thomas analizza i risultati, ma io ho fatto la seguente analisi che li espone in modo più succinto. In due casi i tumori si rivelarono maligni ; in uno l'operazione fu incompleta ; in 17 il tumore diminuì evidentemente ed in pochi casi questa diminuzione fu notevole ; in tre casi (con tumori molto grossi) il tumore scomparve ; in cinque casi se ne arrestò lo sviluppo ; in sei non si osservò nessun effetto ; in due casi le inferme morirono.

Varii altri rimedii. — Si sono usati mercuriali in piccole dosi, in alcuni casi in modo continuo. Probabilmente essi agiscono meglio insieme al bromo in qualunque delle sue forme. Il Dr. Tanner in un caso vide che il mercurio fu il solo rimedio capace di arrestare l'emorragia. Il cloruro di calcio fu raccomandato dal Dr. Rigby. Il Dr. McClintock parla favorevolmente dei suoi effetti (30 a 40 gocce di soluzione della Farmacopea di Dublino, tre volte al giorno).

Spesso bisogna portare l'attenzione su varii sintomi secondarii dipendenti dai fibromi. In alcuni casi l'urinare è difficile o impossibile senza l'aiuto del catetere. In alcuni casi il tumore deve essere spinto in alto fuori della pelvi per sollevare l' inferma dalla pressione e permettere la facile funzione dell' intestino ; ma non si può sempre eseguire questo spostamento in alto del tumore. Durante il parto i fibromi penzolanti possono situarsi nella pelvi e debbono essere spinti in dietro per rendere possibile il parto. Nei casi in cui la pelvi è barricata è necessaria una grande attenzione per procurare la fun-

---

[1] *Amer. Journ. of Obst.* vol. x. p. 117.

zione giornaliera delle intestina. Il dolore è un sintoma che molto spesso richiama la nostra attenzione. Io ho visto casi in cui la sofferenza era così forte e continua che l'inferma era in uno stato quasi di disperazione. Ricordo specialmente un caso nel quale il dolore era tanto violento ed ostinato, che si era in procinto di eseguire un'operazione, quando cessò repentinamente. In tali casi sono coronati dai migliori effetti il bromuro di potassio e l'oppio. Quando il dolore è considerevole è bene fare pennellazioni di tintura di iodo sull'addome, ripetendole di tratto in tratto.

Il Dr. W. H. Baker [1], dell'*Harvard University*, pubblicò un eccellente lavoro sul « *Drainage in removal of Submocous Fibroids* ». Egli riferisce sei casi. I tumori erano tutti fibromiomi ; erano tutti attaccati all'utero per la maggior parte della metà della loro superficie, erano tutti nel corpo dell'utero , e la bocca interna non era ancora dilatata ; in tutti il sintoma culminante era la mestruazione esagerata o l'emorragia : età 32 a 42 anni. Il metodo di cura adottato fu prima la dilatazione colla spugna, per dodici a sedici ore ; consecutivamente l'introduzione delle tente di laminaria e relativa dilatazione, seguita immediatamente da enucleazione secondo il metodo di Emmet, traendo il tumore dalla sua nicchia ed agevolandone l'asportazione colle forbici, col cucchiaio di Thomas, ecc. La particolarità consiste nella cura successiva. Il Dr. Baker introduce un tubo , nel collo uterino , della lunghezza di due pollici ed un quarto, e del diametro interno di tre quarti di pollici. Questo tubo ha in sotto i margini leggermente rilevati ed è fissato alla bocca uterina con filo metallico, il quale passa attraverso piccoli fori. Recentemente si è costruito il tubo con fori laterali e coll'estremità superiore tagliata a sghembo. Il Dr. Baker ha trovato questo metodo di drenaggio molto utile, giacchè , dopo l'operazione, vi è la probabilità per l'utero di flettersi e così dar luogo a ritenzione di liquidi decomponibili nel suo interno , a cui può seguire infezione settica , essendo l'utero in uno stato di atonia. Questo metodo di drenaggio si applica per i soli tumori intrauterini, e « in qualcuno di essi evidentemente non è necessario ».

---

[1] Estratto dagli *Archives of Med.* New York, Putnam's Sons, 1882.

CAPITOLO XLIII.

CANCRO DELL'UTERO, DELLA VAGINA, ECC.

Il cancro è una malattia frequente degli organi della generazione nelle donne — Etiologia — Influenza dell'età — Influenza della gravidanza e della maternità — Statistiche — Condizioni antecedenti — Lacerazione del collo dell'utero — Eredità — Opinioni di Moore sulle varietà di cancro dell'utero — Cancro midollare — Vegetazione a cavolofiore — Parte dell'utero ordinariamente passionata — Diffusione ad altre parti — Sintomi — Sarcoma dell'utero — Cancro della vagina — Durata ed esito funesto della malattia.
DIAGNOSI — Nella prima fase — In periodo avanzato — Per mezzo dello specolo.
CURA — Escisione del collo uterino nella vegetazione a cavolofiore — Modo di operare — Cura delle altre forme di cancro del collo — Escisione — Asportazione di tutto l'utero col processo di Freund — Bromo — Misure palliative: per arrestare l'emorragia e le perdite; per calmare il dolore; per sollevare l'inferma — Prognosi — Cura del cancro della vagina o della vescica — Concomitanza della gravidanza col carcinoma dell'utero.

Il cancro degli organi della generazione è indubitatamente la più funesta malattia a cui le donne sono soggette. Il cancro, che l'esperienza ci ha imparato a riguardare appunto con paura e preoccupazione, sembra che attacchi le donne più di frequente che gli uomini ed in queste gli organi generativi, seno ed utero, sono una sede molto prediletta. In circa il 23 per cento di tutti i casi di cancro la sede è l'utero o le mammelle (l'utero il 18,5 per cento; le mammelle il 4,3 per cento, Virchow; l'utero il 15 per cento; il seno l'8,5 per cento. Marc d'Espine).

Influenza dell'età. — I casi di cancro uterino si manifestano, per la maggior parte, dopo i 30 anni. Il maggior numero di casi si presenta fra i 40 ed i 50 anni e circa l'un per cento dei casi riferiti ha avuto luogo dopo i 10 anni.

Il seguente quadro statistico è del Dr. Wesd [1] e contiene i risultati delle sue osservazioni e di Lebert, Kiwisch, Scanzoni e Chiari: —

Fra i 25 ed i 30 anni	26 casi
» 30 » 40 »	120 »
» 40 » 50 »	183 »
» 50 » 60 »	73 »
» 60 » 70 »	35 »
Oltre 70 »	5 »
Totale	442

[1] *Lectures on the Diseases of Women.* 2nd ed. p. 368.

Il seguente quadro riguarda 54 casi osservati da me all'*University College Hospital*, e li presento in periodi quinquennali: —

Fra i 28	ed i 30	anni	. . . . .	2	casi
» 31	» 35	»	. . . . .	12	»
» 36	» 40	»	. . . . .	8	»
» 41	» 45	»	. . . . .	16	»
» 46	» 50	»	. . . . .	8	»
» 51	» 55	»	. . . . .	4	»
» 56	» 58	»	. . . . .	3	»
			Totale . .	53	

Nella pratica privata vidi il primo caso e la malattia cominciò a 23 anni. L'inferma si era maritata a 15 anni ed aveva avuto due figli, il più giovane dei quali aveva 5 anni.

Nei 156 casi riferiti da Sibley [1] l'età media in cui cominciò la malattia fu di 38,28 anni.

Prima dei 25 anni il cancro uterino è una malattia rara. Il Dr. Churchill afferma che egli vide un caso, seguito da morte, in una donna di età minore di 25 anni e lo stesso autore ne riferisce due altri, uno di Wigand, in cui l'utero fu attaccato da scirro all'età di 14 anni ed un altro di Carmichael, seguito da morte a 21 anno. Nel quadro statistico della signora Boivin su 400 casi 12 si presentarono in età inferiore ai 20 anni; ma questi casi di cancro precoce riportati dalla Boivin sono giustamente messi in dubbio, poichè, probabilmente, non trattavasi affatto di cancro. La più giovane donna con cancro osservata da Scanzoni aveva 23 anni.

L'opinione del Dr. Walshe, di Sir J. Paget e di altri è che la tendenza al cancro, in generale, aumenti in modo progressivo coll'età. È da notare che, dopo i 50 anni, la frequenza del *cancro dell'utero* sembra che diminuisca; ma la diminuzione è piuttosto apparente che reale, giacchè bisogna ricordare che la proporzione degli individui viventi e quindi da tenere in conto nel fare la statistica del càncro ogni anno diviene sempre minore.

Influenza del matrimonio e della maternità. — Una volta disputavasi se il cancro uterino fosse più comune nelle donne con figli o in quelle che non ne aveano. Il Dr. West [2] dice: « Quantunque larga prova in contrario sia stata data da lungo tempo, ancora udiamo asserire qualche volta che le nubili e le donne che non hanno avuto figli vanno più soggette al cancro. Sembra che la vera sia l'affermazione direttamente opposta a questa . . . . . ». Scanzoni dà come sua opinione, che, fino ad un certo grado, la sterilità dispone alla malattia. Le statistiche di questi due osservatori danno i seguenti risultati: Su 131 donne maritate, con cancro, 8 erano sterili (West).

---

[1] *Med.-Chir. Trans.* vol. xiii.
[2] *Op. cit.* 2nd ed. p. 370.

Su 108 donne maritate, con cancro, 36 erano sterili (Scanzoni). Tutti, però, incluso Scanzoni, convengono in ciò, che sia più probabile a manifestarsi il cancro dell'utero nelle donne le quali hanno avuto molti figli, cosa che ho trovato vera nella mia esperienza. Così, sui 123 casi di cancro del Dr. West, il numero medio di gravidanze per ciascuna donna salì a 6,8. Nei 72 casi di Scanzoni il numero medio di gravidanze per ciascun caso fu di 7,01. Presso di noi il numero medio di figli in ogni matrimonio, secondo il Dr. West, è di 4,2, media per certo di molto superata nei casi di cancro dell'utero ricordati da lui e anche di più nei casi di Scanzoni. Le ricerche di Sibley e le statistiche del Dr. Tanner[1] tendono alla stessa conclusione.

L'influenza del *matrimonio* sembra importante. Ecco le particolarità relative a 54 casi da me osservati nell'ospedale:

Riguardo a cinque casi non si ha notizia se le inferme erano maritate o no.

In 48 casi le inferme erano maritate: in un solo caso l'inferma non era maritata (ma aveva avuto un figlio).

In questi casi, dunque, è notevole che 49 volte si seppe se l'ammalata era maritata o no, 48 erano maritate e l'unica eccezione la presentava un'inferma, la quale, quantunque non maritata legalmente, aveva avuto rapporti sessuali con un uomo. Ciò parrebbe che confermasse la credenza non essere privo di influenza il coito nell'etiologia del cancro uterino.

Circa l'influenza della maternità l'analisi dei miei 54 casi dà i seguenti risultati:

In 40 donne che avevano avuto figli il numero totale dei figli fu 179 o circa 4 ½ per ciascuna, molto piccola differenza in più rispetto al numero medio di figli nei casi in cui non vi è cancro, giusta la valutazione del Dr. West.

1	inferma	aveva avuto	12	figli
1	»	»	10	»
6	»	»	9	»
2	»	»	8	»
2	»	»	7	ecc., che fanno un totale di 179.

È notato inoltre che vi furono 10 aborti.

È degno di ricordo che sette ammalate *non* ebbero figli. Di tre inferme maritate non si sa se ebbero figli.

Per quanto dimostrano questi casi parrebbe che il coito, più che un'esagerata fertilità, disponesse al cancro dell'utero.

Recentemente ho riletto le mie note relative ai casi osservati nella pratica privata durante sei anni (1873-79), in tutto 27. Nessuna di

[1] *A Clinical Report on Cancer of the Female Sexual Organs.* By T. H. Tanner, M. D., London, 1863.

queste ventisette donne era nubile. Vi sono cinque casi in cui non è detto se vi sono stati figli o no, ma in tutti gli altri casi vi sono stati, due soli eccettuati ed in uno di questi ultimi vi fu aborto.

Lacerazione del collo dell'utero come causa di aborto. — Le osservazioni fatte dal Dr. Emmet, di New York, e da altri eminenti pratici americani tendono a dimostrare che i tumori maligni sono non di raro associati a lacerazioni del collo dell'utero. Questo è un fatto di grandissima importanza. Presso di noi appena ora comincia a richiamare l'attenzione l'argomento delle lacerazioni del collo uterino, ma in America da qualche tempo si è ritenuto praticamente importante e si è trovato che tali lacerazioni dànno origine, o almeno precedono la manifestazione di tumori maligni sul collo uterino.

Parlando dell'epitelioma, il Dr. Emmet [1] dice: « Il tumore è la conseguenza di uno sforzo della natura tendente a riparare o allontanare le conseguenze di un'offesa ricevuta nello sgravo ». Il Dottor Emmet afferma di non aver mai visto una donna con qualsiasi forma di cancro epiteliale dell'utero che non fosse stata incinta in qualche epoca. Così, sopra 53 donne con neoformazione maligna osservate da lui nella pratica privata, 51 aveano partorito alcuni figli; le altre due aveano sofferto a causa di aborti criminosi nella prima giovinezza ed erano rimaste sterili. I fatti riferiti da lui, riguardanti 60 inferme dell'ospedale, sono quasi altrettanto dimostrativi. Il Dottor Emmet riferisce distesamente un importante caso osservato sette anni prima e fu il primo che lo mise a giorno dell'influenza di queste lacerazioni nella produzione di tumori uterini maligni. Risulta dalle osservazioni del Dr. Emmet che il cancro uterino non si osserva quasi mai se non nei casi in cui è avvenuto il parto o il coito con o senza concepimento. Queste osservazioni del Dr. Emmet confermano singolarmente le conclusioni a cui io stesso era giunto dietro i casi della mia pratica circa l'influenza del coito nell'etiologia del cancro uterino (veggasi pag. 585).

Il Dr. W. H. Baker [2] dell'*Harvard University*, U. S., è un energico sostenitore della teoria dell'origine locale del cancro. Alcuni casi mostrano una natura costituzionale sin dalle prime, ma nella maggior parte dei casi di cancro il punto di partenza della malattia è qualche irritazione locale, spesso continuata per lungo tempo. « Io non conosco nessuna causa più frequente di cancro del collo dell'utero che la irritazione persistente a cui le labbra arrovesciate di un collo lacerato sono esposte ». Egli eseguirebbe l'operazione di Emmet per rimediare a questo inconveniente in ogni caso, quando la rottura basta a permettere un arrovesciamento.

---

[1] *Op. cit.* p. 493.
[2] Treatment of Cancer of the Uterus'. *Amer. Journ. of Obst.* April 1882.

Altre condizioni antecedenti. — Moore in un saggio filosofico sulle « *Antecedent Conditions of Cancer* » [1] citò fatti importanti. Giusta l'opinione di Moore risulta ad evidenza che « la maggior parte dei cancri sorgono senza un' influenza ereditaria rintracciabile e la maggior parte di questi casi, indipendenti da eredità, non sono neanche trasmessi ai discendenti. La malattia è primariamente locale. Moore non nega del tutto che il male sia ereditario, ma crede che sia tale soltanto di raro. Moore ammette eziandio che vi sia un precedente stato diatesico o una disposizione nell' organismo, i quali ponno produrre la prima formazione del tumore, nel dar conto di quei casi in cui il cancro è parso provenire da un trauma. Egli cita Broca, il quale dice, a proposito di questi casi, che «per essi dobbiamo ammettere l'esistenza di una precedente disposizione nell'organismo prima dell'accidente locale che cagionò la formazione del tumore ; la diatesi aleggiava sull'organismo ». Egli manifesta il suo assenso a queste opinioni.

Moore dice, oltre a ciò, che le tracce della malattia si possono sempre seguire in un periodo in cui non vi era tumore; che l'erompere del male è un fatto meccanico, giacchè la sua riproduzione nello stesso sito, dopo l'asportazione, probabilmente è dovuta ad un' operazione imperfetta; che la sua manifestazione in organi interni dopo una completa asportazione del tumore primario non dimostra che si è prodotta da sè in tali organi interni *dopo* l'operazione; che mentre in pochi casi la natura ereditaria della malattia è evidente, nella maggior parte dei casi è una malattia individuale e non capace di trasmissione.

Gli argomenti addotti da Moore sono degni di un'attenta considerazione. Sembra evidente che la natura ereditaria del male non sia così comunemente provata come si è supposto, mentre in pochi casi (tre per cento) questa eredità era evidentissima. Quando è ereditaria sembra che la malattia guadagni forza discendendo, giacchè si palesa più presto nella figlia che nella madre ed anche più presto nella figlia della figlia. L'opinione di Moore che il cancro per lo più si presenti nelle costituzioni robuste a preferenza delle deboli può essere vera sotto un certo senso. L' individuo può essere *apparentemente* forte e sano, ma non forte e sano *quanto* alla tendenza a questa malattia. È verissimo che ora noi non possiamo indicare ciò che distingue un individuo che sta per andar soggetto ad un cancro da un altro che ne andrà esente ; ma è da sperare che i progressi della medicina porteranno luce su questo punto. Una cosa è evidente , la grande necessità di scovrire presto la malattia, essendo che i fatti stanno in favore della opinione , secondo cui , se

[1] *Brit. Med. Journ.* August 20, 1865.

possiamo più frequentemente scovrire la sua esistenza, vi è una grande probabilità di fare gran bene agl'infermi nella maggior parte dei casi [1].

Lo stato antecedente dell'organismo nei casi capitati sotto la mia osservazione è stato vario. In alcuni, l' inferma era apparentemente di buona salute, ma in molti lo stato delle cose era tutto opposto. Io sono stato indotto a ritenere come condizioni antecedenti piuttosto frequenti un'ansia prolungata, la depressione dello stato generale, ed un indice evidentemente basso dei poteri vitali. Una grande debolezza e prostrazione per prolungata ed esagerata lattazione sono state evidentemente in rapporto colla manifestazione di cancro uterino in parecchi casi passati sotto i miei occhi. Ma i fatti e le statistiche sopra riferite circa l' influenza dello stato maritale, gli effetti del coito e delle lacerazioni od offese del collo dell' utero dovute al parto, sono di estrema importanza ed ulteriori ricerche senza dubbio apporteranno molta altra luce su questo importantissimo argomento.

Quanto all'influenza dell'*eredità* il Dr. Fordyce Barker [2], di New York, trovò che soltanto nel 7.3 per cento di 487 casi di cancro uterino fu dimostrata l'esistenza dell'eredità.

Varietà di cancro. — La forma di cancro ordinariamente osservata nell'utero è la midollare. Poi, in ordine di frequenza, sta l' « epiteliale » [3]. La forma midollare del cancro, una ad altre sue forme, attacca prima la parte più bassa dell'utero, nella maggior parte dei casi. La forma epiteliale si osserva nella porzione superficiale e scoverta del collo uterino ed è stata conosciuta, da quando fu nominata dal Dr. John Clarke, come « escrescenza a cavolofiore della bocca dell'utero ». Non sembra che, per quanto vi è implicata la questione anatomica, le due malattie differiscano essenzialmente; troviamo in entrambe, all'esame microscopico, cellule e formazioni, che indicano

---

[1] Quanto all'influenza dell'asportazione di un tumore cancerigno sulla durata della vita, hanno una grande importanza i casi di Birkett. La sede del cancro era il seno. Su 150 inferme operate sopravvissero:

Meno di 1 anno	8	Più di 10 anni	2
Più di 1 anno	24	» 11 »	2
» 2 »	38	» 12 »	1
» 3 »	17	» 13 »	1
» 4 »	21	» 14 »	2
» 5 »	7	» 15 »	1
» 6 »	5	» 23 »	1
» 7 »	10	» 29 »	1
» 8 »	4	» 32 »	1
» 9 »	4		

Su 100 inferme non operate 14 morirono nel primo anno; tre vissero 10 anni, delle quali due aveano circa 26 anni; la durata media della vita fu di anni 3 1|2. *Brit. Med. Journ.* Sept. 29, 1866.

[2] New York Academy of Medicine, Feb. 17, 1829.

[3] Un'eccellente relazione sulle note necroscopiche di 58 casi di cancro uterino, per Henry Arnott, si trova nelle *Path. Trans.* del 1870.

egualmente la presenza del cancro. La differenza nelle note fisiche, evidente al tatto e ad occhio nudo, nelle due varietà di malattia sembra dipendere dalla diversa disposizione anatomica dei tessuti passionati nei due casi. Sicchè nel caso di vegetazione a cavolofiore il cancro attacca semplicemente la superficie del collo dell'utero; ma nel caso di cancro midollare la malattia attacca i tessuti del collo più profondamente producendo una vera *ipertrofia* delle parti passionate per le prime, che si diffonde nelle parti adiacenti e le invade, inclusa la superficie libera. Le due malattie frequentemente sono contemporanee, essendo cosa di comune osservazione che nelle inferme le quali hanno una vegetazione a cavolofiore, benchè la malattia possa sembrare circoscritta alla bocca uterina per un certo tempo, la forma midollare della malattia, generalmente, dopo attacca l'utero e così cagiona la morte. Nella vegetazione a cavolofiore (veggasi fig. 173) i villi che covrono il collo s'ipertrofizzano, i vasi da cui sono percorsi si dilatano enormemente e si rompono; ciascun villo contiene cellule di ogni forma: nucleari, di nuova formazione, caudate, cellule madri, fibre fusiformi o nucleate e cellule binucleate ed anche cellule in stato di degenerazione grassa. Il tutto è coverto da un denso strato di epitelio. L'escrescenza a cavolofiore deve, dunque, la sua forma, la sua struttura, ecc. alla configurazione originaria ed ai rapporti dei villi che covrono il collo dell'utero. Non è necessario intrattenerci sulle note microscopiche nell'altra classe di casi.



Fig. 172 [1].

I caratteri dell'*escrescenza a cavolofiore della bocca dell'utero* sono i seguenti: — Dalla maggior parte e da tutta la circonferenza della bocca dell'utero cresce verso la vagina una specie di massa granulare molle, sul centro della quale è l'apertura della bocca e sovra di cui si sente una porzione ristretta, che è il punto di congiunzione della porzione vaginale del collo colla vagina. Il volume varia. La cosa più comune è che non si scovre in un periodo precoce del suo sviluppo, giacchè i sintomi prodotti a principio sono leggieri e quando è scoverta la prima volta può essere così grande da riempire la parte superiore della vagina. Può raggiungere tali dimensioni da arrivare all'ostio vaginale. Ordinariamente il tumore consiste di parecchie

---

[1] La fig. 172 (dall'Atlante di Martin) rappresenta l'utero e la vagina attaccati da cancro.

porzioni, ciascuna delle quali è di forma lobulata e divisa da una fenditura dalla porzione adiacente. Un labbro della bocca comunemente è più grosso dell'altro e talvolta a principio non è facile distinguere l'orificio della bocca in mezzo alla massa del tumore, che può essere grosso quanto una mela, altre volte è più piccolo, ma sempre è attaccato ed in continuazione colla bocca dell'utero. Se l'inferma è esaminata in un periodo precoce del tumore, la bocca trovasi leggermente tumida, più molle del solito e dà al tatto una

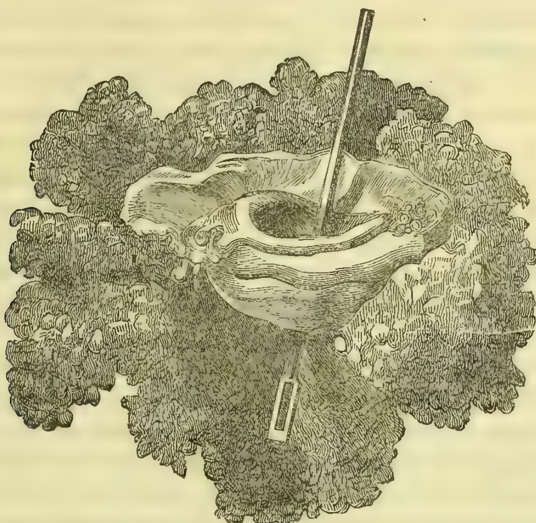


Fig. 173.

sensazione granulare. Se l'esame si fa in un periodo più tardivo della malattia, la vagina si può trovare riempita e distesa da una gran massa spongiosa. In un periodo più tardivo i tumori possono essere in parte scomparsi, per ulcerazione, ed allora la bocca dell'utero può presentare i cangiamenti osservati nel periodo ulcerativo del cancro ordinario dell' utero, una a quelli ora ricordati. Ed in non pochi casi, quando l' inferma è esaminata per la prima volta, si trova che, presentando distinti tumori a cavolofiore, il collo stesso è indurito, molto ingrossato e l'utero è più fisso del solito. Possiamo trovare che, superiormente al sito delle vegetazioni, il collo dell'utero formi un peduncolo di struttura relativamente normale ; il peduncolo, però, al tatto si può sentire duro ed essere molto corto. Non di raro incontra che tumori simili a quelli che partono dalla bocca dell'utero trovinsi situati nelle pareti vaginali, vicino alla bocca dell'utero.

La vegetazione a cavolofiore della bocca è molle al tatto, tranne il caso in cui ha subito l'azione costrittiva d' iniezioni astringenti ;

al tatto produce una speciale sensazione granulare, dà sangue facilmente se si tocca o dopo il coito, lo starnuto o uno sforzo ed un sintoma quasi costante è la presenza di uno scolo abbondante dalla vagina, acquoso ed in ultimo fetido. La figura 173 (tratta da una delle *Lezioni* di Sir J. Y. Simpson) rappresenta una larga massa di questo genere ed i suoi rapporti colla bocca dell'utero. Le note caratteristiche di questa condizione di cose sono fisicamente quelle sopra descritte ; la sola su cui si può far molto fondamento per la diagnosi è l'origine della massa da *tutta* o dalla maggior parte della circonferenza della bocca dell'utero. La molle massa polposa può dare al dito una sensazione simile a quella che si prova toccando la bocca dell'utero in casi di placenta previa, ma le altre note osservate difficilmente farebbero commettere un errore diagnostico.

I sintomi di questa malattia a principio sono spesso molto vaghi. Le note qualificative, lo scolo acquoso fetido, le emorragie di quando in quando, ecc., ponno mancare nel primo periodo del male, o, se si presentano, ponno essere tanto leggieri da non richiamare un'attenzione speciale e così può passare un periodo considerevole di tempo prima che la malattia sia scoverta o anche sospettata la sua presenza.

Un'altra forma in cui si può trovare il cancro che cresce dalla bocca dell'utero è la *midollare.* Si distingue da questa la vegetazione a cavolofiore per il suo regolare e diffuso attacco o per la sua regolare e diffusa provenienza dalla bocca dell'utero, mentre il cancro midollare parte da un lato o dall'altro del collo ed è più o meno peduncolato ; si distingue eziandio per la sua natura granulare, mentre il cancro midollare è più consistente e più solido ed è lobulato ; oltre a ciò si distingue dal progredire della malattia, che è molto più rapido verso un esito funesto quando il cancro è midollare. Questi tumori midollari hanno una superficie più solida ed eguale di quella della forma a cavolofiore, ma non così solida come la superficie di un *polipo fibroso* che protubera nella vagina. Da questo ultimo tumore si distinguerebbe altresì per la natura ed il modo d'inserzione, giacchè il peduncolo del polipo è circondato dalla bocca dell'utero, mentre il cancro midollare cresce di lato della bocca e non dall'interno dell'utero. Si possono egualmente osservare profuse emorragie, scoli fetidi, ecc. nei casi di polipo. In quei casi di polipo, in cui il tumore è tanto grande da riempire la vagina, o in cui la superficie della massa è apparentemente o realmente aderente alla bocca, la diagnosi potrebbe essere circondata di difficoltà. La presenza di una grossa massa midollare che parte dalla bocca dell'utero non è, si noti ciò, un fenomeno comune nei casi di cancro dell'utero. La figura 174 rappresenta un tumore da me asportato nell' *University College Hospital* nel Giugno 1866. All'esame microscopico si vide

che era maligno, benchè levigato e mediocremente duro. L'inferma consecutivamente (Feb. 1862) si ripresentò ed allora aveva l'utero preso da carcinoma.

Quando il cancro attacca la *sola* superficie, sembra che possa essere per molto tempo limitato a questa parte, benchè ciò sia raro. La cosa più comune è che la malattia attacchi simultaneamente le parti superficiali e profonde del collo dell'utero, e l'effetto è che vi ha escrescenza a cavolofiore della bocca ed infiltrazione con cancro midollare del collo. In alcuni casi piuttosto rari, però, mentre il collo resta apparentemente sano, ha luogo un'invasione insidiosa del prodotto carcinomatoso nella parte superiore dell'utero. Il Dr. West incontrò questa malattia due volte su 120 casi di cancro uterino. Sir J. Y. Simpson disse che circa due casi su 30 di cancro dell'utero sono di questo genere. Il deposito cancerigno si può osservare nello strato esterno della veste media dell'utero, ovvero nella sottoperitoneale o nella peritoneale; o attacca tutto il corpo delle pareti uterine, ovvero si trova nello strato mucoso o nel sottomucoso del corpo o del fondo dell'utero. In ambo i casi del Dr. West « l'ingrossamento dell' utero era molto considerevole; una volta avea sei pollici di lunghezza, ed un'altra era grosso quasi quanto la testa di un adulto ». Dall'utero la malattia si propaga ai tessuti adiacenti nella parte superiore della vagina; le glandole della pelvi si alterano anche esse. Non di raro è passionata la vescica (veggasi fig. 175) e la conseguenza è una fistola vescico-vaginale. Da non molto tempo ho visto una signora in cui l'utero apparentemente era stato chiuso dalla propagazione del tumore al fondo della vescica e la morte sembrò dipendesse dalla rottura degli ureteri dilatati nell'addome. La malattia si può estendere al retto; tutti questi organi — la vagina, la vescica ed il retto — possono trovarsi in comunicazione fra di loro a causa dell'ulcerazione dell'infiltrazione cancerigna. Infatti lo stato a cui può giungere una sventurata inferma a causa di questa spaventevole malattia è spesso deplorevolissimo. La morte stessa viene preferita alla continuazione di sofferenze che non possono nè cessare, nè mitigarsi.

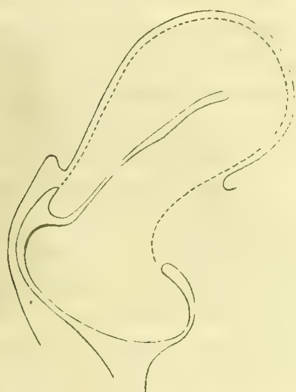


Fig. 174.

Sarcoma dell'utero [1]. — Col nome di « sarcoma dell'utero » (Virchow), di « fibroma ricorrente dell'utero » (Hutchinson) è stata

[1] Nel capitolo sui Fibromi è stata in parte descritta anche questa malattia sotto il nome di « polipo ricorrente ».

descritta una speciale malattia uterina di natura maligna o certamente quasi maligna, consistente nella formazione di un tumore dentro l'utero, che gradatamente dilata l'organo ed in ultimo presentasi nel collo. Il Professore Alex. R. Simpson, di Edinburgh, ha pub-



Fig. 175 [1].

blicato un'eccellente monografia su questo argomento [2]. Egli descrive quattro casi da lui osservati e dà relazione di 48 casi in tutto. La specialità del tumore è, che, non ostante un' asportazione apparentemente completa, può riprodursi. La storia generale di questi casi rassomiglia in certo modo a quella dei polipi fibrosi dell'utero; — vi ha emorragia, leucorrea profusa, ecc. Ma nel sarcoma dell'utero generalmente vi è anche dolore più o meno forte, come si nota per lo più nei casi di cancro, e lo scolo ha un cattivo odore. Sono stati riferiti casi in cui il tumore è stato asportato tre o più volte, con benessere per un certo tempo, ma la malattia si riprodusse ed in ultimo fu mortale. Un fatto singolare in quattro dei casi raccolti dal Professore A. R. Simpson fu la complicazione dell' inversione col sarcoma. Il Dr. Gaillard Thomas [3] ha osservato quattro casi. Egli ritiene che la malattia occupi un posto intermedio fra il miofibroma ed il vero cancro. Il tumore ha uno sviluppo più lento del cancro. La prognosi è sempre sfavorevole.

Io stesso ho visto un caso indiscutibile di sarcoma. L'utero fu trovato molto grosso e pieno di una massa molle, poltacea e con-

---

[1] La fig. 175 (del Dr. Arthur Farre) presenta la vescica, l'utero ed il retto simultaneamente attaccati dal cancro.
[2] « On Sarcoma Uteri » *Edin. Med. Journ.* Jan. 1876.
[3] *Amer. Journ. of Obst.* vol. vii. p. 45.

sistente che dovette essere tolta per mezzo di un cucchiaio da tavola dall'interno dell'utero. L'inferma era una vedova di 55 anni. Furono eseguite tre operazioni in questo caso, ad intervalli di alcuni mesi. Finalmente seguì la morte e l'utero sembrava quasi scomparso; la malattia si era diffusa al retto.

Sembra probabile che questi casi di sarcoma dell'utero abbiano col cancro del corpo dell'utero lo stesso rapporto che ha l'epitelioma del collo col cancro midollare di questo. Una massa molle, polposa cresce dalla mucosa uterina, probabilmente è una degenerazione di questa, forma un tumore nell'utero e più tardi attacca le sue pareti.

I *sintomi generali* che si notano nei casi di cancro uterino variano secondo il periodo della malattia. Ordinariamente vi ha dolore, nell'utero o vicino ad esso e più o meno costante; ma non è assolutamente presente in ogni caso. È ancora disputato se questo dolore realmente preceda la manifestazione del tumore; nella maggior parte dei casi forse no. Progredendo la malattia, l'inferma ad evidènza si presenta in condizioni alterate di salute; in molti casi ha un'espressione speciale di deperimento, ma ciò non si osserva sempre; la tinta della pelle sovente è gialliccia [1], ma principalmente quando vi sono state frequenti perdite di sangue. Più tardi l'ammalata ha indigestioni, spesso in forma incurabile: non di raro si nota vomito o nausea. L'emorragia è comune (veggasi p. 411). Scoli saniosi, acquosi, puriformi o fetidi, quasi invariabilmente presenti in uno od altro periodo del male, sono anche segni di grande importanza.

Durata del cancro dell'utero. — Lebert dà una media di 16 mesi; il Dr. West di 15. In un dato caso, perciò, se siamo informati che l'inferma è andata soggetta ad irregolari (cioè non periodiche) emorragie da più di due anni, significherebbe questo fatto che la perdita del sangue non fosse dovuta al cancro dell'utero. La sua esperienza apprese a Sir J. Y. Simpson a fissare un periodo più lungo come durata ordinaria del cancro dell'utero. « Le ammalate ordinariamente muoiono due anni a due anni e mezzo dopo scoverta la malattia » dice questo autore [2]. Secondo lui, quando il tumore si manifesta in persone di età ed ha assunto un corso lento e senile, il suo esito finale può essere molto ritardato. Nei casi del Dr. Fordyce Barker (New York) la durata media in 26 inferme fu di tre anni ed otto mesi.

Quanto all'esito mortale del cancro uterino l'abitudine generale è stata di avere una terribile opinione intorno ad esso, e di ritenere i casi relativi senza speranza di guarigione. Il Dr. Barker, nel lavoro sopra citato, presenta casi osservati da lui che incoraggiano

---

[1] Veggasi « Esame della bocca dell'utero ».
[2] *Med. Times and Gaz.* Jan. 15, 1859.

ad avere un'opinione alquanto meno disperata in certi casi di questa malattia. Egli dice che in un' inferma passarono undici anni dal momento in cui egli fece la diagnosi di cancro dell'utero ; l'ammalata evidentemente soffriva a causa del tumore, ma poteva occuparsi delle sue faccende. Egli afferma che 11 volte ha amputato il collo per epitelioma, su cui 9 volte si ebbe la guarigione, che si mantenne. In un caso la guarigione del cancro uterino ebbe luogo dopo l'uso ripetuto del termocauterio. In un'altra inferma una larga applicazione di nitrato acido di mercurio fu seguita da guarigione completa e persistente.

Quando il corpo dell'utero o i tessuti del collo sono passionati ed hanno cominciato ad ulcerarsi, la malattia ordinariamente progredisce con rapidità. Non sappiamo con certezza per quanto tempo dura la fase antecedente all'ulcerazione. Quando è attaccata soltanto la superficie della bocca (cancroide o vegetazione a cavolofiore), la malattia non è molto rapidamente mortale. Uno dei più importanti fatti circa questa quistione è dato da Sir J. Y. Simpson nelle sue «*Lectures on Diseases of Women*». L'inferma da lui osservata aveva avuto un'escrescenza a cavolofiore, della grandezza di un uovo, asportato 18 anni prima. Da quell'epoca aveva avuto 5 figli ed era ancora vivente. Circa questo caso bisogna dire che nel tumore asportato non si trovarono « elementi caudati o fusiformi ».

Cancro della vagina. — Il cancro della vagina è di gran lunga meno frequentemente primario di quello dell'utero, ma di quando in quando si osserva come malattia primaria. Non di raro invade la vagina diffondendosi dall'alto ; così in 54 casi di carcinoma dell'utero osservati da me nell'ospedale, la vagina era attaccata insieme all'utero in 11 casi. In alcuni di questi 11 sembrava che la malattia fosse cominciata nella vagina. In un caso della pratica privata la vagina era attaccata in forma molto diffusa, mentre l'utero fino ad un'epoca più tardiva mostrava di partecipare molto poco alla malattia.

Il carcinoma (sia primario, sia secondario) si presenta come un'infiltrazione nella parete vaginale, o può cominciare come una vegetazione papillare di aspetto villoso alla superficie libera. Lo stato fisico scoverto col dito può variare estremamente. La vagina può essere tanto occupata che il passaggio del dito nella sua entrata è in realtà molto difficile. La vescica o il retto più tardi sono perforati o no secondo i casi. Un altro effetto è che l'uretere di un lato può restare tanto compresso che le funzioni del rene corrispondente sono impedite.

Diagnosi nel primo periodo. — La diagnosi differenziale fra il cancro dell'utero, nel primo periodo, e certi altri stati che ponno produrre alterazioni fisiche alquanto analoghe nella bocca e nel collo uterini, e che possono altresì dare origine a sintomi più o meno somiglianti

a quelli osservati nei primi periodi di questa, giustamente temuta, malattia, è una cosa della massima importanza. Le lesioni di continuo, l'irregolarità, l'indurimento ed ingrossamento della porzione vaginale dell'utero e delle labbra della sua bocca possono dipendere da varie cause. Nelle *donne le quali hanno avuto figli* la bocca dell'utero generalmente è più o meno fenduta e la porzione vaginale ha una specie di forma lobulata; il numero delle fenditure e dei lobi varia da tre a quattro, cinque o sei e nelle donne che hanno avuto parti difficili, per cui si son dovuti adoperare strumenti, si può trovare la bocca fenduta molto profondamente, per lacerazioni avvenute durante il parto. Se, però, l'utero è sano, non vi ha ingrossamento notevole; al contrario vi è una tendenza a diminuzione di volume, che diviene più evidente a misura che l'inferma si fa più vecchia. La scontinuità dei tessuti della bocca dell'utero è così perfettamente compatibile collo stato di sanità. Quando, però, oltre a queste condizioni, le labbra della bocca dell'utero sono indurite e più grosse del solito, partecipando a questo stato tutta la porzione vaginale, significa che le parti sono ammalate. Ne può essere causa l'*ipertrofia* relativamente innocua *dell'utero* (in generale equivalente o difettosa involuzione dell'organo dopo il parto), lo *stato d'infiammazione cronica del collo*, la presenza di *tumori fibrosi* nelle pareti uterine, il *deposito carcinomatoso* nella sostanza della porzione vaginale — questo ultimo è il primo dei cangiamenti che possono, in un'epoca non lontana, finire colla morte dell'inferma — la *tubercolosi del collo dell'utero*, o la presenza di *piccoli fibromi* nella porzione vaginale. La diagnosi differenziale fra queste diverse condizioni spesso è molto difficile e vi si giunge soltanto con un attento studio non pure dei segni fisici ma anche dei fenomeni concomitanti e dello stato presente e passato dell'inferma.

Il Dr. Henry Bennet (le cui ricerche analitiche sugli stati anormali della bocca dell'utero in rapporto alla diagnosi del cancro non possono essere abbastanza studiate e che per il primo stabilì regole esatte per la diagnosi differenziale fra il cancro ed un'alterazione colla quale una volta era molto spesso confuso, cioè l'indurimento flogistico cronico) ha con precisione indicato alcuni dei punti diagnostici che si riferiscono alla questione di cui ora discorriamo, colle seguenti parole: —

« Quando una forma lobulare, bernoccoluta ed irregolare del collo è conseguenza di una lacerazione ed è semplicemente infiammatoria, le fenditure che separano i lobi sono raggiate intorno alla cavità della bocca, ciò che non avviene in un tumore cancerigno, giacchè ciascun lobo è perfettamente levigato e senza bernoccoli o ineguaglianze superficiali [1] ».

---

[1] *On inflammation of the Uterus.* 4th ed. p. 90.

Il semplice *volume* dei lobuli non indica nulla di maligno, ammesso che siano abbastanza levigati ; la profondità delle fenditure ha un significato importante pur quando i lobuli sono levigati. Spesso si osserva un'estrema durezza mentre non vi ha nessuna grave malattia. L'uniformità nel grado di durezza dei lobuli è un indizio favorevole. Una leggiera escoriazione della superficie dei lobuli può benissimo dipendere da semplice infiammazione o da altre cause simili, non maligne. Un'ulcera profondamente *scavata* su qualche parte della superficie deve mettere il sospetto che possa trattarsi di qualche lesione cancerigna. Quando la lobulazione e l' ingrossamento sono circoscritti ad un lato della bocca può esserne causa un tumore non maligno nella sostanza del collo. La levigatezza del collo, la mancanza dei segni generali della malattia, la mancanza di perdite sanguigne e fetide, in generale, ma non sempre, devono allontanare il sospetto che si tratti di carcinoma. Un ingrossamento lobulare che si sviluppa rapidamente in un labbro della bocca dell'utero probabilmente è di natura maligna.

Nella diagnosi di questi casi ha un'importanza il tempo. Un indurimento ed ingrossamento della bocca dell'utero che si sa durare da alcuni anni si può generalmente ritenere non cancerigno.

La mancanza dei segni di cui finora abbiamo parlato ha un gran valore diagnostico. Così, supponendo che l' inferma abbia dolore, scolo fetido, emorragie di quando in quando, ecc. e si crede attaccata da cancro, una semplicissima osservazione, accertando la mancanza di qualsiasi indurimento o ingrossamento della bocca dell'utero, potrebbe quasi con certezza fare decidere che non si tratti di cancro. I casi rari in cui la malattia comincia nel fondo dell'utero fan sì che la suddetta regola non sia senza eccezioni.

Indubitatamente la più importante e forse la meno fallace guida alla diagnosi in un caso dubbio è la mobilità od immobilità dell'utero, cosa della quale abbiamo già fatto cenno, e quando l'utero si trova mobile come allo stato normale, mentre manca l' indurimento nel tessuto connettivo che sta innanzi e dietro il collo dell'utero, non vi ha dolore, nè scolo fetido, nessun disturbo generale, possiamo con certezza asserire che non si tratti di cancro. L'immobilità dovuta a pressione di tumori che stanno nella pelvi non si deve confondere collo stato prodotto da una malattia cancerigna dell' utero stesso. Finalmente, bisogna ricordare che la mobilità dell'utero non si perde assolutamente e sempre, anche nei casi avanzati di cancro, ma per lo più si perde.

Non ostante tutti i sopra menzionati aiuti di cui possiamo giovarci nel fare la diagnosi, restano parecchi casi dei quali per qualche tempo può essere difficile il determinare la vera natura e dire se l'alterazione del collo sia di genere maligno o no. L' ineguaglianza

ello indurimento osservato in generale è segno di malattia maligna. Oltre a ciò le fenditure che separano i lobi della bocca in un periodo precoce della malattia possono avere margini levigati, come nei casi non maligni, ma subito divengono bernoccoluti. L'emorragia dagli organi della generazione è un sintoma di cancro che si osserva ordinariamente in un periodo precoce, ma può mancare totalmente ed essere aumentato leggermente soltanto il sangue mestruale. Il valore dell' « emorragia » come sintoma del cancro è stato indicato a pag. 411. Un altro sintoma che anche si osserva presto è il dolore nelle regioni uterina e lombare, che non è una semplice molestia, ma un vero dolore. Anche dal bel principio vi può essere stanchezza e debolezza generale. Abbiamo già fatto cenno dell' importanza del tempo e, nel fare una diagnosi, si avrà molto ausilio dall'osservazione del decorso ulteriore del caso. Così, se in un caso speciale, per un notevole spazio di tempo, vi sono stati ingrossamenti, lesioni di continuo e indurimento della bocca dell'utero, per esempio per dodici mesi, senza osservare nessun'alterazione particolare del benessere generale, è probabilissimo che la malattia non sia maligna. Non è della natura del cancro di ritardare tanto il suo corso quando attacca la sostanza del collo uterino e dà origine a cangiamenti fisici come quelli sopra descritti, tranne in casi molto eccezionali.

La possibilità di lacerazione del collo dell'utero che finisce con degenerazione cancerigna della bocca deve essere tenuta presente nel fare una diagnosi. Se, come credono eminenti scrittori Americani, tali lacerazioni sono spesso precursori di cancro dell'utero (massime dell'epitelioma del collo) e contemporaneamente vi è lobulazione e divisione profonda della bocca, naturalmente bisognerebbe fare un'attenta esplorazione. Il Dr. W. H. Baker [1] dice: « Io non conosco una causa del cancro del collo dell'utero più frequente dell' irritazione prolungata a cui sono esposte le labbra arrovesciate di un collo lacerato; ed ove la sola cosa che possa guadagnarsi coll'operazione di Emmet, per rimediare a questo stato, fosse di diminuire la tendenza alla manifestazione di questa malattia (cancro dell'utero), io l'eseguirei in ogni caso in cui la rottura avesse prodotto un qualsiasi arrovesciamento ».

Nella diagnosi di un cancro in un periodo precoce il Dr. Montgomery dà particolare peso ad uno aspetto rotondo dei margini della bocca, accompagnato da turgidezza e color cremisino del muso di tinca. Nel primo periodo del cancro dell'utero il Dr. Bennet afferma che egli si aspetterebbe di trovare « indurimenti rotondeggianti, pallidi, non dolenti, insensibili alla pressione, sparpagliati irregolarmente alla superficie, ovvero un tumore duro irregolare, si-

[1] *Amer. Journ. of Obst.* April 1882.

milmente caratterizzato, sorto alla sua superficie ». In un caso riferito da Becquerel [1] vi era un tumore piccolo, duro, di colore violetto, sporgente dalla superficie del collo in un periodo molto precoce della malattia. Era ineguale e nodoso. Lo stato della bocca nel primo periodo del cancro, in pochi casi nei quali ho avuto l'opportunità di avere precise notizie intorno a ciò, era il seguente: Sporgenze nodose irregolari; la mucosa che li covriva aveva un colore azzurro scuro o livido e faceva contrasto coi tessuti adiacenti non ancora presi da indurimento e non divenuti irregolari nei contorni. Ciò riguarda i casi di cancro che sorge dalla sostanza della bocca dell'utero e non quelli di vegetazione a cavolofiore, in cui la malattia attacca primieramente gli elementi papillari della superficie.

Lo stato di grande apertura dell'orificio, che ordinariamente si osserva nei casi di cancro, non è speciale di questo, come già abbiamo detto.

La presenza di uno scolo fetido dalla vagina troppo spesso si ritiene come segno di cancro. Sempre che vi ha emorragia vi può essere scolo fetido dovuto alla decomposizione dei coaguli di sangue che sono stati trattenuti.

Vi può essere uno stato sano, o relativamente sano almeno, della bocca e del collo e pure vi può essere un cancro, giacchè la malattia in alcuni rari casi è circoscritta al corpo o al fondo dell'utero. Allora un'esplorazione digitale per la vagina rivelerebbe poco o nulla. Se l'inferma presenta segni generali, come quelli del cancro, con emorragie di quando in quando, profusi e continui scoli fetidi, acquosi o purulenti, mentre nessun'alterazione della bocca e del collo è rivelata dalla loro osservazione, bisogna sospettare il cancro del fondo dell'utero. La parte superiore dell'utero generalmente, in tali casi, è molto ingrossata e si può sentire sopra al pube.

In conclusione, bisogna tenere a mente che lo stato della bocca e del collo, a cui si applicano le osservazioni sopra fatte, è un indurimento semplice, un leggiero ingrossamento con lobulazione. L'ulcerazione, la notevole perdita di sostanza, accompagnata ad indurimento, ecc. sono alterazioni a cui non si possono affatto applicare le sopra cennate osservazioni.

L'irregolarità, l'ineguaglianza, ecc. in diverse parti della porzione vaginale, possono dipendere dalla presenza di *tumoretti rotondi* impiantati nel tessuto del collo. Questi tumori, che sono di natura fibrosa, ponno far nascere il sospetto di cancro perchè un lato del collo in tali circostanze sarebbe duro o nodulato e l'altro molle ed in stato fisiologico. Questi tumori, però, sono molto rari: sono di sviluppo lento, dànno luogo a pochi disturbi e non mai a gravi sintomi, come quelli che si osservano nel cancro.

---

[1] *Traité Clin. des Maladies de l'Uterus* (Paris), tom. i. p. 321.

L'*ingrossamento tubercoloso della porzione vaginale* è un'alterazione rarissima. È qualificato dalla presenza di tumori di dubbia grandezza, di forma rotonda, a principio resistenti, poi molli, che cedono alla pressione del dito e sono vagamente fluttuanti, sempre accompagnati da considerevole ingorgo del collo dell'utero. È una lesione prodotta dalla presenza di masse di tubercoli ancora non rammolliti, da infiltrazione tubercolare o da influenza flogistica che accompagna il rammollimento [1]. Talvolta si vedono piccoli depositi gialli alla superficie del collo della grandezza di mezzo pisello, o più piccoli e da cui esce, se si pungono, una piccola quantità di sostanza della consistenza del pus. Questi depositi, che si son citati come tubercolosi, il Dr. West, la cui esattezza nel descriverli può essere da me pienamente confermata, li ritiene prodotti dall'ipertrofia dei follicoli di Naboth.

Praticamente, l'importanza di questa quistione non è grande. L'esistenza del tubercolo del collo è negata da Rokitansky; è certo che l'infiltrazione tubercolare del collo con rammollimento tubercolare, ecc. è molto rara. Credo, però, che nelle donne che hanno tendenza ai tubercoli e nelle quali il collo dell'utero talvolta trovasi ingrossato, ipertrofizzato ed indurito, questo ingrossamento sia di origine tubercolare, benchè, anatomicamente parlando, non vi possa essere deposito di tubercolo. Nella pratica privata io ho visto casi che potrebbero riferirsi a questa categoria. Questo punto, pertanto, è più importante riguardo alla cura che alla patologia.

Diagnosi nei periodi più tardivi. — Lo stato delle parti, qualificato dalla presenza di un *ingrossamento irregolare, da indurimento, distruzione e perdita di sostanza della porzione vaginale e della parte più bassa dell'utero, tutti più o meno concomitanti*, è quello che si osserva nel periodo ulcerativo del cancro dell'utero; ed è uno stato di cose tanto caratteristico da poterlo molto difficilmente confondere con un altro. Il grado a cui la distruzione di sostanza è giunta varia moltissimo. Si può scovrire che la bocca dell'utero ha perduto la sua forma naturale, o la porzione vaginale è totalmente scomparsa ed il dito penetra in un'escavazione con pareti dure ed irregolari, costituite dai resti della porzione vaginale o dal tessuto connettivo infiltrato carcinomatosamente nella parte superiore della vagina. In sopra si sente una massa dura irregolare, l'utero alquanto ingrandito, fisso ed inamovibile e che non si può facilmente delimitare dai circostanti tessuti induriti. Uno stato non raro della bocca dell'utero nel cancro è la presenza di una superficie dura, levigata, con margini ben definiti come se realmente si fosse asportato un pezzo col coltello, lasciando margini precisi. Ciò si osserva

[1] Descrizione di Robert citata dal Dr. West, *op. cit.* p. 362.

nella fig. 176 che mostra da una parte della bocca sporgenze nodulari e da un'altra questo speciale stato ora descritto. « Quando sentite » dice Sir J. Y. Simpson [1] « un'ulcera irregolare, profonda o anfrattuosa sopra una base dura e circondata da tessuto indurito,

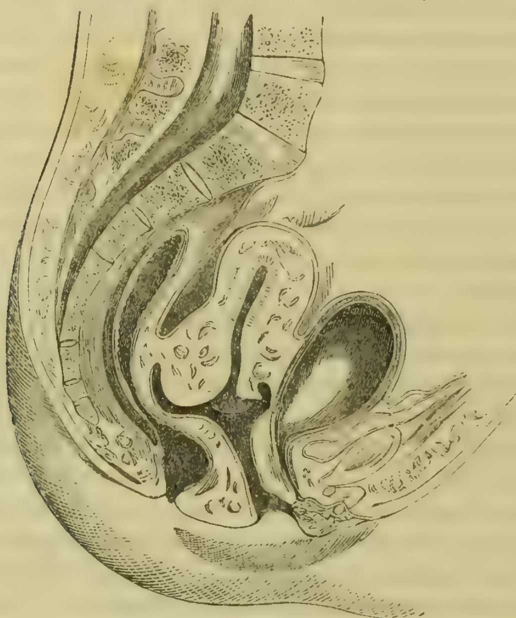


Fig. 176 [2].

trattasi di cancro ». Il processo d'ulcerazione si può trovare diffuso al retto, nel qual caso le feci e l'aria passano dalla vagina nella vescica, producendo l'emissione involontaria dell'urina o di amendue. Nell'ultimo caso il retto e la vescica si aprono nella comune cloaca, risultante dal processo distruttivo che è andato oltre. Il processo distruttivo può aver passionato un lato soltanto della bocca, mentre l'altro è soltanto ingrossato e più denso e resistente del solito. Non di raro trovansi masse fungose, mollicce, le quali dànno sangue quando si toccano, e sorgono dalla superficie già ulcerata. Questo periodo ulcerativo della malattia è quasi generalmente caratterizzato dalla presenza di uno scolo leucorroico fetido, che si presenta tinto di sangue dopo un'osservazione medica e dopo uno sforzo. Vi ha un generale decadimento delle forze dell'inferma, emaciazione, mancanza di sonno e disturbi degli organi della digestione che si manifestano con nausea, vomito, ecc., e, cosa importante, di settimana in set-

[1] *Med. Times and Gaz.* Jan. 15, 1859.
[2] La fig. 176 rappresenta un' infiltrazione carcinomatosa del labbro posteriore della bocca dell'utero ed una distruzione ulcerativa del labbro anteriore.

timana questi sintomi sensibilmente si aggravano, spesso con molta rapidità ; la pelle dell' inferma ha in alcuni casi una sensibile tinta paglina , prova dolori lancinanti , forti , nella regione uterina ; in questo periodo, inoltre, molto comunemente si hanno dolori prodotti dalla pressione dell'utero ingrossato sui nervi che decorrono nella pelvi, cioè lungo il corso dello sciatico e di altri. Sintomi che pure accompagnano questo periodo della malattia sono dolori al petto e, non di raro, aumento degli appetiti sessuali. La manifestazione di « emorragie » e la presenza di uno « scolo fetido » sono caratteristiche, ma il loro valore come segni della presenza del cancro già è stato discusso (veggasi p. 465).

Quanto al valore della « cachessia » come mezzo di diagnosi Sibley nella sua eccellente « Contribution to the Statistics of Cancer » [1] fa alcune osservazioni importanti.

« La cachessia » dice Sibley « è rigorosamente proporzionata al grado dell'emorragia, dello scolo e del dolore. Nei casi in cui non vi è che scarsa emorragia e poco scolo la cachessia si nota appena, e ciò ordinariamente si osserva pur quando il tumore cancerigno ha raggiunto un gran volume. Talfiata incontra che la cachessia divenga molto notevole anche essendovi scarsa emorragia o scolo , ma in questi casi , per lo più, il cancro ha attaccato qualche importante organo interno ed ha messo ostacolo a qualche funzione vitale. D'altra parte , in quelle inferme le quali hanno scolo profuso e frequenti emorragie, le note indicanti l'aspetto sciupato e gialliccio che produce un cancro avanzato divengono evidenti in un periodo precoce del male. In nessuna classe di casi la cachessia è più manifesta che nel cancro uterino ». Egli è venuto nella conclusione che « la presenza o mancanza di cachessia non ha valore come coadiuvante della diagnosi. Sembra che sia l'effetto di una malattia locale e non si deve riguardare come segno di uno stato dell'organismo che porta alla produzione del cancro ».

In pochi casi rari la distruzione dell'utero per ulcerazione cancerigna giunge ad un periodo molto avanzato, mentre mancano totalmente tutti i soliti sintomi del cancro : dolore, scolo fetido, emorragie, alterazione generale dell'organismo. Quando il cancro dell'utero è nel periodo ulcerativo, la diagnosi, ordinariamente, non è difficile eseguendo l'esplorazione digitale, tranne in quei rari casi in cui la parte più bassa dell'utero è sana o apparentemente sana, essendo l'affezione cancerigna nello interno del corpo dell'utero. In questi casi l'ordinaria esplorazione digitale darebbe per risultato un errore se non fosse corretto portando debita attenzione ai segni più ovvii e qualificativi della presenza del cancro.

---

[1] *Med. Chir. Trans.* vol. xiii. p. 194.

La diagnosi del cancro dell'utero, giunto al periodo di ulcerazione e che presenta al tatto lè note fisiche sopra descritte, non è difficile; la difficoltà s'incontra specialmente da coloro il cui senso del tatto non è educato a questo genere di osservazioni e a determinare che il cancro *non* vi è. Così un'inferma può soffrire molto dolore, avere abbondante mestruazione, copiose perdite di odore, secondo lei, talvolta « spiacevole ». All'esplorazione digitale della bocca dell'utero si sente un evidente ingrossamento ed indurimento da una parte e dall'altra una superficie più molle, vellutata. Ma la durezza può dipendere, come abbiamo già detto, da semplice ipertrofia, infiammazione o congestione della porzione vaginale: la sensazione della presenza di una parte più molle può essere prodotta dalla superficie interna della bocca, che abbia la membrana di covertura ipertrofica, vellutata e villosa.

Una speciale forma di ulcerazione distruttiva del collo dell'utero è stata osservata in pochi rari casi, in tutti i quali all'esplorazione si è scoverta *perdita di sostanza.* La parte più bassa dell'utero è scomparsa ed in luogo del collo vi ha un margine irregolare scabro, su cui il corpo dell'utero, mobile come al solito, si sente col dito: vi è « mancanza di qualsiasi ingrossamento, durezza o deposito di nuova sostanza nelle sue vicinanze » come nel carcinoma (West). Questo stato è descritto sotto il nome di *ulcera corrodente della bocca dell'utero.* I sintomi che si osservano nei casi di questo genere non sono qualificativi. Scrittori recenti non confermano le osservazioni di C. M. Clarke, che il dolore in questi casi è speciale. Per quanto si può conoscere coll'esplorazione digitale l'ulcera corrodente è qualificata dalla mancanza d'indurimento nelle vicinanze, dal non essere l'utero fisso e dai margini bruschi dell'ulcerazione. È un fatto importante che l'ulcera corrodente differisce dal cancro quanto all'esito mortale ed alla durata. Le osservazioni finora fatte sembrano dimostrare che la malattia possa continuare per alcuni anni, ed anche per parecchi anni. Il Dr. West crede che questa malattia dovrebbe essere classificata fra le ulceri rodenti. Tutto considerato sembra giusto ritenerla per una forma di cancro.

La diagnosi dell'*escrescenza* a cavolofiore *della bocca dell'utero* e del *tumore midollare della bocca dell'utero* risulterà dalla descrizione delle note fisiche di queste due malattie fatta a p. 592.

Uso dello specolo nella diagnosi del cancro. — Ben poca utilità si può trarre dall'uso dello specolo nei casi di cancro avanzato dell'utero, la cui diagnosi per mezzo della sola esplorazione digitale ordinariamente non è difficile; e se non si adopera con molta circospezione, lo specolo in tali circostanze può produrre emorragie ed altri danni.

Quando, però, la bocca dell'utero all'esplorazione digitale trovasi

indurita ed irregolare, e quando è dubbio se vi sia o no il cancro nella sua prima fase, lo specolo può risolvere la questione. Lo stato fisico della bocca e del collo dell'utero, giusta le sensazioni che riceve il dito, nel primo periodo del cancro, è stato già descritto diffusamente : ora ci resta soltanto a dire quali sono le note che si accertano in tali casi colla vista.

Quanto al *colore* della superficie nello indurimento dovuto al cancro vi ha una differenza di opinione, e ciò deriva dal fatto che il primo periodo del cancro dell'utero molto raramente capita sotto l'osservazione. Supposto che vi sia il cancro e che l'ulcerazione non sia cominciata se non da poco, si troveranno nell' ulcera speciali caratteri : è scavata , depressa , i margini suoi sono irregolari , frastagliati ed alquanto tumidi ed aguzzi. L'ulcera sifilitica, non cancerigna, si distingue perchè è più superficiale , non vi ha tumidezza ed indurimento dei tessuti sottostanti e dei contorni, mancano i segni generali del cancro e con una cura antisifilitica si osservano i relativi effetti.

Giudicando dietro la sola inspezione oculare vi hanno indubitatamente casi in cui si potrebbe incontrare difficoltà a decidere se trattasi di ulcerazione cancerigna o di altra natura ; non potremo mai ripetere abbastanza che dalla combinazione e dal paragone fra le note generali e le speciali può sorgere la diagnosi. Nei casi sospetti di cancro si può apprendere più dall'esplorazione digitale che dal più attento uso dello specolo.

Gli aspetti che presenta la bocca nei casi di *escrescenza a cavolofiore della bocca dell'utero* sono descritti da Sir C. M. Clarke nel modo seguente : « Vi ha una sorprendente somiglianza fra essa ed una parte della superficie superiore di un cavolofiore o la cima di un broccolo. La superficie è granulosa ed è formata da un gran numero di piccole sporgenze che si possono distaccare come i granellini del cavolofiore ». La superficie, come si vede per mezzo dello specolo o in altra guisa, ha un colore rosso vivo. È molto delicata ed al menomo contatto , talvolta, dà sangue. Perciò , ove si usi lo specolo, bisogna avere molta attenzione per non maltrattare la superficie del tumore. L'esplorazione digitale completa molto positivamente le informazioni desiderate.

CURA.

La cura *medica* del cancro dell'utero finora non ha dato risultati ; il rimedio di John Clay, una delle più recenti medicine raccomandate, la trementina di Chian, si è dimostrato che non ha efficacia

o ben poco dietro larghi esperimenti fatti nelle sale del *Middlesex Hospital* [1].

Quanto alla cura preventiva fino ad un'epoca recente non è stato suggerito nulla che abbia un carattere pratico. Sembra, però, probabile che d'ora innanzi le lacerazioni del collo dell'utero si possano ritenere tanto importanti, come possibili cause di cancro, da indurre nella determinazione di rimediarvi, pur se non vi sia altro motivo di farlo. Ad ogni modo è un fatto che in America una delle ragioni per riparare queste lacerazioni è la probabilità di prevenire la manifestazione di una malattia cancerigna della bocca dell'utero eseguendo un'operazione (veggasi p. 587). Comunque sia, bisogna ammettere che una superficie scabra, imperfettamente guarita, esposta continuamente ad attrito, ed in uno stato d'irritazione più o meno costante, costituisce una condizione favorevole alla produzione di un processo morboso o di uno speciale processo nutritivo, come si osserva nei casi di cancro.

Quanto alla cura del cancroide dell'utero (escrescenza a cavolofiore), la maggior parte degli autori è di accordo nell'opinione che convenga asportare i tessuti ammalati quando la malattia è circoscritta alla bocca dell'utero e non è passionato il tessuto uterino soprastante. Sono adattatissimi all'operazione quei casi nei quali la porzione vaginale, nel suo punto di unione colla vagina, non è più grossa del solito ed in cui perciò il solo tumore costituisce la parte ammalata. L'operazione si può eseguire pur quando il collo è un poco ingrossato ; in questo caso la speranza di arrestare il male è ben scarsa ed il beneficio dell'operazione è temporaneo. Che la malattia possa essere arrestata amputando il collo è già stato detto. In altri casi, mentre l'inferma ha un vantaggio per qualche tempo dall'operazione, la malattia, un poco più tardi, attacca il corpo dell'utero. In molti casi il cancroide della bocca uterina non si scovre prima che la malattia si sia diffusa già al corpo dell'utero ; in alcuni di questi casi anche un temporaneo miglioramento dei sintomi si trae asportando la massa distruttrice e secernente che riempie la vagina.

Spesso come misura palliativa , talvolta radicale, l'amputazione del collo dell'utero nei casi di cancroidi è un'eccellente operazione : essa può prevenire la morte, quasi certamente la ritarderà, pur quando sia inevitabile. L'emorragia e lo scolo copioso esauriente si arrestano ; l'inferma morirebbe o potrebbe morire se continuassero ed, almeno per un dato tempo, questa causa di pericolo è allontanata ed alla povera inferma si procurano calma ed alleviamento.

---

[1] Chi abbia vaghezza di leggere il lavoro di Clay sulla « Cura del cancro uterino colla trementina di Chian » vegga il *Lancet*, 27 Marzo, 1880 e lo stesso giornale del 27 Novembre 1880 in cui è un lavoro di Henry Morris, M. B. « *On Chian Terpentine and its uselessness in Cancer* », nel quale sono riferiti dodici casi curati colla stessa medicina nel *Middlesex Hospital* senza risultato.

Lo schiacciatore è il migliore strumento per l'operazione. Si può usare la catena o la corda metallica; questa ultima è preferibile quando il peduncolo è breve o quando l'utero è fisso. Le forbici sono da preferire al bistori se non si può usare lo schiacciatore. Il galvanocauterio è un eccellente mezzo per asportare in tali casi il collo dell'utero. Come hanno notato Byrne e Goodell il filo metallico non deve essere troppo rovente e l' asportazione si deve fare con lentezza e sicurezza. Il termocauterio di Paquelin è un eccellente strumento in tali casi. Vi è un' obbiezione allo stiramento in basso dell'utero più di quel che è necessario. Sir J. Y. Simpson crede, forse a buon dritto, che lo stiramento dell'utero è stato la causa di quella fatale commozione (*shock*) che ha tenuto dietro all'operazione in uno o due casi. Per tutto altro l'operazione è del tutto immune da pericoli. Il percloruro di ferro con glicerina si deve applicare alla superficie cruenta bagnandone un piumacciolo di filaccia e la vagina si zafferà bene con bambagia bagnata o con altra sostanza, se vi ha tendenza ad emorragia. (Altre particolarità relative all'amputazione del collo si troveranno a pag. 366).

Vi sono altri casi di cancro dell'utero in cui l'estirpazione di questo costituisce senza dubbio la più conveniente cura, cioè quando la porzione vaginale o parti di essa sono infiltrate dal cancro midollare, mentre il collo all'apice d' incurvamento della vagina sembra sano. L'operazione non si è fatta che poche volte perchè la malattia raramente si diagnostica in questo primo periodo. Io ho amputato il collo in pochi casi di questo genere ed oggi vi ha una corrente sempre più favorevole all'operazione suddetta quando la diagnosi è confermata.

Il Dr. Marion Sims adotta un processo che nelle sue mani sembra abbia dato buoni risultati. Egli escide il tumore cancerigno del collo dell'utero e continua l'asportazione dei tessuti coll'uterotomo, colle forbici e col cucchiaio tagliente un poco più in là del punto ove si sono raggiunti i tessuti sani. La superficie del taglio si covre accuratamente con cotone emostatico.

Il Dr. Lombe Atthill afferma che egli ha adottato il metodo del Dr. Marion Sims in due casi e con gran vantaggio, ed egli lo ritiene eccellente quando si scovre presto la malattia. Il Dr. Playfair afferma pure che egli ha trovato pratico e vantaggioso il metodo di Sims.

Il Dr. W. H. Baker [1] (Boston, U. S. A.) ha fatto, con molto successo, una modificazione o per dir meglio ha ampliato l'operazione del Dr. Marion Sims. Si afferra e si tira in basso il collo uterino. Poi viene tagliata la porzione vaginale anteriormente colle forbici e la

---

[1] « Treatment of Cancer of the Uterus » *Amer. Journ. of Obst.* April 1882.

parte anteriore sopra-vaginale è divisa dalla vescica colle forbici e coll'indice. La stessa incisione si fa dalla parte posteriore e la parte sopravaginale posteriore del collo si divide dal peritoneo al livello della bocca interna dell'utero. Poi si divide il collo dagli altri lati. Fatto ciò, si adopera l'uterotomo e si asporta una porzione del corpo dell'utero in forma d' imbuto. Questa è un'operazione simile a quella di Sims, tranne che con essa si può asportare una parte maggiore del corpo dell'utero. La conseguenza è che il collo viene totalmente asportato, non che quasi tutta o la intiera metà del corpo dell'utero. Il cauterio attuale al calore rosso si adopera in ultimo su tutte le superficie tagliate, ciò che richiede tempo per essere eseguito bene. Un assoluto riposo, il cateterismo ogni sei ore, gli oppiacei per moderare la funzione dell' intestino durante dieci giorni, sono le cose che bisogna prescrivere. In dodici casi di operazione, in cui il tumore sembrava asportabile completamente, si ebbero i seguenti risultati : sette donne, dopo 29, 27, 22, 21, 18, 18 ed 11, mesi rispettivamente, vivevano e stavano bene.

L'asportazione di tutto l'utero attaccato da cancro recentemente è stata eseguita piuttosto spesso. Il Dr. Blundell nel 1828 asportò l'utero dalla vagina in tre casi. Freund, di Strasburgo, ha recentemente asportato l'utero colla sezione dell'addome in un numero considerevole di casi. Nel Settembre del 1878 [1] Freund operò dieci donne di cui cinque morirono.

Il metodo adottato da Freund è il seguente : si apre l'addome come nell'ovariotomia. Si tira l'utero fuori dalla pelvi per mezzo di un ago armato di filo che ne attraversa il fondo. Prima che l'utero sia tolto da ciascun lato si fanno tre legature, assicurando il ligamento largo in tre sezioni e quando l' utero è stato tagliato i margini di queste legature si portano nella vagina. I margini peritoneali dei ligamenti larghi si assicurano anche con suture per chiudere più completamente l'apertura fra la vagina e lo addome [2].

Una delle difficoltà che accompagnano l'estirpazione dell'utero è la probabilità di ligare gli ureteri. Ciò è avvenuto in due dei casi riferiti.

L'operazione, senza dubbio, è stata eseguita con successo in un certo numero di casi. I risultati ottenuti da altri operatori non sono stati così favorevoli come quelli di Freund e forse l'operazione può rendersi meno immediatamente pericolosa di quanto ora sembra. Noi, però, ancora non abbiamo fatti incoraggianti circa l'effetto finale dell'operazione o circa il prolungamento della vita.

Come *applicazione cauterizzante* nei casi di cancro del collo del-

---

[1] *Klin. Vorträge*, No. 133, Aprile 1878; veggasi anche *Obst. Journ.* No. 72, p. 817.

[2] Veggansi le Lezioni di Spencer Wells fatte al *Roy. Coll. of Surgeons*, *Brit. Med. Journ.* July 1878.

l'utero, il bromo in soluzione, ha dato buoni risultati al Dr. Routh ed al Dr. Wynn Williams. Il metodo d'usarlo, descritto dal Dottor Williams[1] è d'iniettare nei tessuti della parte ammalata una concentrata soluzione di bromo fatta coll'alcool (72 centigrammi in grammi 3,80) per mezzo di una siringa nei siti prescelti. Bisogna difendere bene la vagina dall'azione del caustico e si fa l'iniezione a circa mezzo pollice di profondità. Ben presto ha luogo la distruzione delle parti iniettate. Il bromo si deve con molta attenzione anticipatamente mescolare allo spirito. La siringa è di vetro colla punta di platino. Per agire sopra una superficie più ampia si adoperano la bambagia avvolta intorno ad una bacchettina ed immersa nella soluzione, ovvero la bambagia bagnata nella soluzione e tenuta applicata sulla parte per mezzo di un calicetto di gutta-percha. In tutte queste manovre la vagina è difesa dalla bambagia bagnata in una soluzione di carbonato di soda. Per la cura consecutiva si usa una soluzione più debole di bromo per lavanda giornaliera.

Trattiamo ora della cura palliativa dei casi di cancro uterino, in cui i mezzi chirurgici non sono applicabili. Vi sono tre condizioni a migliorar le quali per necessità si richiede la nostra speciale attenzione: il dolore, l'emorragia e lo scolo ed, oltre a farli diminuire, dobbiamo trovare i mezzi per mantenere le funzioni generali del corpo in uno stato di attività e per dominare i molti mali secondarii che probabilmente si presentano nel corso di questa malattia.

L'*emorragia*, se leggiera, si arresterà colle iniezioni di acqua ghiacciata nella vagina e nel retto; se di maggiore importanza, coll'applicazione di percloruro di ferro o di tannino e col cauterio attuale, o, in casi molto gravi, zaffando la vagina, adoperando una soluzione satura di percloruro di ferro nella glicerina per mezzo di una spugna che si applica sulla superficie sanguinante, spugna che poi si estrae per mezzo di una cordicella che vi è attaccata (Simpson). Il tannino finamente polverato, o l'acido tannico si possono applicare attraverso un piccolo tubo o meglio limbicco in forma di pessario. Alcuni autori raccomandano caldamente la tintura di matico. Se s'iniettano liquidi per arrestare l'emorragia, bisogna badare che essi vadano realmente in contatto della superficie sanguinante. Nei casi di vegetazione a cavolofiore che non ammettono amputazione del collo, le molli masse sanguinanti talvota sono state rotte colle dita e nel centro vi si è iniettata tintura di ferro allo scopo di far cessare l'emorragia e lo scolo. Il Dr. Hicks afferma che una soluzione satura di allume che tiene in sospensione acido tannico, applicata ogni giorno, sia molto efficace a far diminuire il volume

[1] *On Cancer of the Uterus, etc.* Renshaw, 1868.

delle parti più molli del tumore nei casi di vegetazione a cavolofiore. In alcuni casi, capitati sotto la mia osservazione, ho potuto generalmente raggiungere lo stesso scopo applicando una spugna bagnata in una forte soluzione di lunaria caustica. Per *prevenire* l'emorragia, l'inferma, qualunque sia la natura del male, deve stare in riposo, massime prima e durante il periodo catameniale. Bisogna dare il brandy o altri stimolanti per sostenere le forze dell'inferma, e possono bisognarne quantità molto considerevoli per stornare l'immediata dissoluzione, quando l'emorragia è molto profusa. Contemporaneamente si può dare con molto vantaggio l'oppio.

Gli *scoli* che si osservano nei casi di cancro uterino sono spesso molto fetidi a causa della decomposizione del detritus proveniente dalla superficie ulcerata. L'uso frequente della doccia, per mezzo della quale si fa passare dolcemente una corrente di acqua sulla superficie ammalata, è il miglior mezzo che si possa adottare per far diminuire il dispiacevole scolo nei casi ordinarii. Bisogna essere attenti a non spingere l'estremità del tubo contro la superficie ulcerata, altrimenti può avvenire un'emorragia. La lavanda della vagina si deve eseguire frequentemente. La temperatura dell'acqua deve essere gradita all'inferma. Spesso è necessario ricorrere ad un liquido disinfettante per iniezione, allo scopo di far cessare il fetore: sono per ciò utili l'acido carbolico in soluzione, l'olio carbolizzato, il liquore di Condy, il cloralio. Il creosoto è anche un efficace deodorizzante. A rendere meno molesto lo scolo sono molto necessarie le frequenti lavande con o senza disinfettanti; così adempionsi al tempo stesso altre indicazioni.

Il *dolore* prodotto dal cancro dell'utero è molto forte, spesso in modo estremo ed è necessario calmarlo. A questo scopo si deve dare l'oppio sotto quella forma che per esperienza si sa più confacente all'inferma, regolando la dose e variando la forma secondo le circostanze. Non di rado si trova necessario dar l'oppio in dosi molto larghe, giacchè l'inferma vi si è tanto abituata che una piccola dose non produce nessun effetto. Spesso amministrasi bene l'oppio in forma di suppositorio o pessario: io l'ho trovato efficacissimo quando si dà per clistere. In generale l'oppio, sotto qualunque forma, è necessario, ma sovente sono di grande utilità, come accessorii, altre medicine. L'etere, il cloroformio, o amendue combinati, la canape indiana, il conio, l'iosciamo, ecc. in certi casi vengono adoperati. L'applicazione di acido carbonico sulla superficie ulcerata fu suggerita da Sir J. Y. Simpson.

La *nutrizione generale* richiede un'attenzione speciale. Gli organi della digestione frequentemente sono in uno stato di gran disordine, poichè l'inferma non ha appetito o poco e vi ha grande costipazione ventrale. La prima e più importante parte della cura

consiste nell'alimentare l'inferma spesso e con cibi di facile digestione: questi si determinerà quali sieno per ogni caso speciale dietro una certa esperienza. Il latte, sovente, in tali casi è un importante alimento; il vino od altre bevande alcoliche in generale sono indicati. Per calmare la nausea e la sete, spesso sono utilissimi i pezzetti di ghiaccio tenuti in bocca. Bisogna badare attentamente allo stato delle intestina; a ristabilire la loro funzione con regolarità il migliore rimedio sono le piccole dosi di olio di ricino date spesso; ma sovente, a sbarazzare il retto sovraccarico, fa d'uopo ricorrere ai clisteri. Sette ad undici grammi di sale di Rochelle, con un poco di tintura di senna costituiscono un utile aperiente. L'atto della defecazione spesso è dolorosissimo e le inferme fin che possono lo pospongono; se l'ammalata non sta sotto un'attenta vigilanza il suo male può giungere ad un grado estremo.

Lo stato degli organi urinarii spesso richiede rimedio. In quei deplorevoli casi nei quali, verso la fine della malattia, si formano fistole vescico-vaginali, o utero-rettali, o retto-vaginali ben poco si può fare oltre che serbare una scrupolosa nettezza. A calmare l'irritabilità della vescica, che spesso si osserva, il Dr. West ha una grande fiducia nell'acqua di Vichy. L'uva ursina o la pareira, con un poco di liquore di potassa, sono medicine, la cui utilità in tali casi è riconosciuta. Riuscirà utile il *triticum repens* (gramigna), molto raccomandato da Sir Henry Thompson nella cura dei casi di vescica irritabile che si dànno in uomini.

La questione se dobbiamo esprimere all'inferma quale è la nostra opinione sulla prognosi, in un caso di cancro uterino, è molto delicata ed importante. Anche nei casi in cui non vi ha letteralmente speranza di prolungare la vita per un certo tempo è talvolta difficile ed anche inopportuno manifestarlo all'inferma. Vi sono pochi individui dotati di tal forza d'animo da sopportare che loro si dica essere assolutamente impossibile il vivere, ed in molti casi il togliere all'inferma qualunque speranza significa abbreviarne l'esistenza. Quando la diagnosi di cancro non è bene stabilita, s'intende che bisogna astenersi, *assolutamente*, dal fare una prognosi sfavorevole. L'esperienza ha dimostrato che i migliori osservatori si sono ingannati nella prognosi, poichè non sempre il corso della malattia diveniva sfavorevole come credevano. È facile pronunziarsi troppo presto; ma aspettando un poco i dubbii gradatamente si dileguano.

La quistione della cura del *cancro della vagina* e del *cancro della vescica* non richiede molte parole. La cura necessaria nei casi di cancro della vagina è identica a quella del cancro dell'utero, giacchè i sintomi essenziali sono gli stessi. Poco vantaggio si può trarre dalla cura chirurgica. Nel *cancro della vescica*, generalmente secondario al cancro dell'utero o della vagina, la cura, oltre ciò che

è necessario in tutti i casi di cancro, consiste nel calmare quanto più è possibile le sofferenze dell' inferma, curando l'irritabilità della vescica, che per lo più non manca, e adottando quelle misure che più valgono a portare un certo rimedio agl' inconvenienti dovuti alle aperture fistolose nel setto vescico-vaginale. Talvolta si è trovato necessario di perforare la vescica quando l'orificio è stato occluso dal tumore cancerigno.

CONCOMITANZA DELLA GRAVIDANZA COL CARCINOMA DELL'UTERO.

Talfiata incontra questa concomitanza e dobbiamo occuparci delle varie importanti questioni che ne derivano.

Recentemente (11 ottobre 1881) ho osservato il seguente importante caso.

L'inferma aveva 37 anni ed aveva avuto cinque figli, il più giovane aveva sedici mesi, ma dieci mesi dietro vi era stato un aborto. Quando l'ammalata mi si presentò, era di nuovo incinta, probabilmente a 5 mesi [Risultò esser vicina ai 6 mesi]. Essa senza dubbio aveva un epitelioma del collo dell'utero, giacchè la porzione vaginale era ipertrofica e presentava un'evidentissima sporgenza verrucosa intorno ad essa, come una corda irregolare appunto esternamente all'orificio della bocca dell'utero, ma i tessuti soprastanti alla porzione vaginale sembravano liberi d' infiltrazione. L'inferma era in uno stato di grande depressione e prostrazione, avendo avuto poco sonno ed avendo sofferto per dolore quasi continuo alla regione pelvica durante parecchie settimane. Aveva uno scolo brunastro, irritante e fetido. Era evidente che la malattia progrediva con rapidità, ma provvisoriamente era limitata al collo dell'utero. L'inferma già era stata vista da Spencer Wells e, per mia proposta, fu tenuto con lui un consulto per determinare che cosa si potesse far di meglio. Una cosa che da sè presentavasi alla mente era di provocare subito un aborto e dopo eseguire, al più presto possibile, l'amputazione del collo dell'utero. Un altro partito era di asportare tutto l'utero. Una terza proposta sarebbe stata di lasciar precedere la gravidanza fino al suo periodo finale fisiologico, poi attuare il parto e poi occuparsi della malattia cervicale. Le obbiezioni a questo ultimo partito erano che essendo la malattia in rapido progresso era probabile che il parto per le vie naturali di un feto vitale non fosse realizzabile. L'infiltrazione cervicale e l'ingrossamento rapidamente aumentavano e l'operazione del parto vaginale avrebbe prodotto una lacerazione del collo ed altri possibili pericoli, mentre per assicurare la vita del feto si avrebbe potuto rendere necessario il parto cesareo. Oltre a ciò, il temporeggiare avrebbe fatto subire all'inferma per più lungo tempo la funesta influenza della malattia. Furono messe in discussione la prima e la seconda proposta. Da una parte stava l'estremo pericolo dell'escisione immediata di tutto l'utero, che, però, presentava la migliore probabilità, ove l' inferma fosse sopravvissuta all'operazione, di un prolungamento della vita. D'altra parte vi erano i possibili effetti di un parto prematuro, seguito necessariamente dall'altra operazione dell'escisione del collo. Spencer Wells espresse molta fiducia nei risultati dell'escisione immediata e dopo una seria discussione fu riso-

luto che Wells farebbe l'operazione, perciò, il 24 Ottobre 1881, asportò tutto l'utero dalla via dell'addome. Di questo caso fu fatta relazione alla *Royal Medical and Chirurgical Society*, il 22 Novembre, nella quale epoca l'inferma era in piena convalescenza.

Il naturale successo di questa operazione, la prima presso di noi, in cui l'utero gravido è stato asportato tutto, senza dubbio incoraggerà altri tentativi di curare in questo modo radicale altri casi simili, ed i pareri espressi quando ne fu letta la relazione furono di piena approvazione. I successi delle ultime operazioni di Freund e di quelle di Hegar e Kaltenbach, eseguite per asportare l'utero carcinomatoso non gravido, incoraggiarono, nel sopra riferito caso ad asportare tutto l'utero. Il successo che ha accompagnato quella che chiamasi operazione di Porro, ha dato un maggiore impulso ai chirurgi. L'operazione di Porro consiste nell'asportazione dell'utero dall'alto, nei casi di deformità pelvica, ed eseguesi in sostituzione del taglio cesareo; ma nell'operazione di Porro il collo dell'utero, o almeno la maggior parte, non si asporta. Nel caso in cui Spencer Wells ed io tenemmo il consulto, l'operazione ebbe per effetto l'asportazione di *tutto* l'utero. Uno dei maggiori pericoli dell'operazione è di ledere gli ureteri. Secondo il metodo di Spencer Wells, il portar via l'utero lacerando più che tagliando i tessuti mi sembra che diminuisca questo pericolo.

La conclusione da trarre dal suddetto caso è che l'utero gravido a sei mesi si può asportare totalmente e l'inferma può guarire dall'operazione. È vero che il mio caso era favorevole all'operazione, ma sembra che non sia improbabile l'imbattersi in altri casi simili.

CAPITOLO XLIV.

TUBERCOLO DELL'UTERO: DISTENSIONE DELL'UTERO PRODOTTA DA LIQUIDO (IDROMETRA ED EMATOMETRA) O DA GAS (FISOMETRA).

TUBERCOLO DELL'UTERO. — Patologia e Cura.
DISTENSIONE DELL'UTERO PRODOTTA DA LIQUIDO (idrometra ed ematometra). — Patologia e Cura.
DISTENSIONE DELL'UTERO PRODOTTA DA GAS (fisometra).

TUBERCOLO DELL' UTERO.

Questa è una malattia rarissima. Quando il tubercolo trovasi nell'utero, generalmente è pure in altri organi. Sembra che vi sia una speciale e insolita tendenza alla formazione di tubercolo nell'utero dopo il parto e durante il tempo in cui questo organo subisce la riduzione di massa ed il cangiamento di struttura speciale di questo periodo.

La parte dell'utero che è ordinariamente sede di tubercolo è la superficie interna (quando ha luogo dopo il parto sulla sede d'inserzione della placenta) e dalla membrana mucosa si propaga al corpo della parete uterina. L'effetto finale può essere un considerevole aumento della massa dell'utero. La sostanza tubercolare presentasi in forma di granulazioni grigiastre o giallo-grigiastre; la mucosa è anche molto ingrossata e di struttura più cedevole della normale. Vi ha scolo dall'utero di colore giallo scuro o bruno. Non sembra che la malattia sia accompagnata da molto dolore.

Rokitansky riferisce un caso importante di tubercolosi acuta dell'utero in un' inferma di 34 anni dopo partorito ad otto mesi [1]. La morte seguì al 19.° giorno. H. Cooper [2] riferisce anche egli un caso nel quale la rottura dell'utero avvenne al terzo mese della gravidanza, dipendente da notevole tubercolosi dell'utero. Tomlinson [3] riferisce un caso di tubercolosi dell'utero della durata di tre anni; l'inferma aveva 55 anni e l'utero era considerevolmente ingrossato.

---

[1] *Allg. Wien. Zeit.* 1860, No. 21.
[2] *Un. Méd.* 1859, No. 54.
[3] *Obst. Trans.* vol. v.

CURA.

Il tubercolo dell'utero, nei casi ove si scovrisse, dovrebbe essere curato curando l'organismo in generale. Una scrupolosa ed adattata alimentazione deve costituire una parte importante della cura. Le giovani donne, sgravate di recente, e che hanno una tendenza alla tisi, debbono essere attentamente sorvegliate e bisogna con ogni mezzo rialzare qualunque delle forze perdute con una dieta conveniente ed un metodo di vita opportuno. Quasi nulla abbiamo a dire sulla cura locale, giacchè manca l'esperienza, ma l'iniezione di deboli soluzioni di iodo o di bromo nella cavità uterina probabilmente costituirebbero la migliore medicatura. Prima di farle sarebbe d'uopo dilatar bene la bocca dell'utero.

DISTENSIONE DELL'UTERO PRODOTTA DA LIQUIDO (IDROMETRA ED EMATOMETRA).

Indipendentemente dalla gravidanza, di cui uno degli effetti essenziali è la presenza di una considerevole quantità di liquido (il liquido amniotico) nell'utero, vi sono casi in cui questo organo contiene liquido in larga copia. Le antiche parole *idrometra* ed *ematometra* significavano la presenza, rispettivamente, di liquido acquoso e di sangue nella cavità uterina.

Le accumulazioni di liquidi nell'utero non di raro hanno luogo in seguito a chiusura della sua apertura, a restringimento del collo, ad adesione della bocca, a flessione dell'organo, a presenza di un tumore nel collo o nella parte più bassa dell'utero; la causa più comune fra tutte queste è la flessione cronica dell'utero (veggasi «Flessioni»). La quantità di liquido così accumulata nell'utero può essere considerevole, ma ordinariamente non è molto grande. La debita valutazione di questi casi ha una importanza pratica. Una leucorrea continua e fetida non di raro è una delle conseguenze di queste accumulazioni di liquido nell'utero.

Il più notevole caso di ematometra è quello che talvolta si dà in giovani donne subito dopo giunte alla pubertà e dipende dalla ritenzione di liquido mestruale nell'utero, perchè l'imene è imperforato o la bocca stessa dell'utero è chiusa per vizio congenito. In tali circostanze l'utero può raggiungere tal volume da arrivare fino all'ombelico; le trombe di Falloppio non di raro sono anche distese e qualche volta avviene che una parte del sangue passa nella cavità peritoneale. Un caso più raro è la rottura dell'utero con vuotamento del suo contenuto nel peritoneo o nella vescica o nel retto

Bernutz e Goupil [1] hanno studiato con molta attenzione gli accidenti prodotti da questi e da altri effetti della ritenzione mestruale.

È da notare che l'utero tollera la presenza di un liquido nel suo interno in modo molto diverso nelle varie ammalate. Più notevole è il fatto che, quando la distensione non è considerevole, provoca maggior dolore ed irritazione di quando l'organo è molto disteso; la presenza di una piccola quantità di sangue può, in casi di dismenorrea, dare origine a grave dolore, giacchè l'utero si sforza energicamente a scacciarlo. Quando, però, la distensione è molto grande, per lo più è accompagnata da tal grado d'assottigliamento delle pareti uterine, che l'organo non ha che poca parte della sua virtù contrattile.

Come esempio di distensione dell'utero da ritenzione mestruale, il seguente importante caso, riferito da Prall di Amburgo, può essere qui ricordato. L'inferma, di 43 anni, precedentemente avea mestruazioni regolari, che cessarono e al tempo stesso si manifestarono sintomi di gravidanza. Alla fine di tre mesi l'utero era ingrossato, la bocca occlusa e l'utero conteneva una quantità di liquido sanguigno. S'immaginò che si trattasse di gravidanza con retroversione dell'utero; furono fatti tentativi per correggere questa, ma la forza spiegata ebbe l'effetto di liberare l'inferma dal suo stato e di dimostrare la natura del disturbo che osservavasi. La pressione eseguita fece sì che il sangue forzasse la bocca dell'utero occlusa [2].

L' amputazione del collo dell'utero qualche volta è stata seguita da ematometra. Una considerevole distensione dell'utero da liquido sieroso si osserva principalmente nelle donne avanzate negli anni. Un esempio di questo genere fu ricordato dal Dr. A. E. Thomson, nel quale l'utero conteneva otto quarli di liquido bruno scuro [3].

CURA.

Lo scopo principale è di evacuare il contenuto dell'utero. Ciò non sempre si può fare facilmente. Quando le labbra della bocca dell'utero sono agglutinate, un'attento esame è necessario per determinare il sito preciso ove bisogna fare la puntura. In tali casi la cavità cervicale è più o meno occlusa; talchè si raggiunge subito la cavità uterina. Quando vi è restringimento più in su della cavità cervicale si può con vantaggio ricorrere alla dilatazione per mezzo delle tente, coadiuvata da leggiere incisioni. Quando trattasi di re-

[1] *Clinique Méd. sur les maladies des Femmes*, English translation by Dr. Meadows. (New Syd. Soc.).
[2] Schmidt's *Jahrb.* vol. cxvi. p. 65.
[3] *Med.-Chir. Trans.*

troflessione, il ritorno dell'organo alla sua forma normale, premendo da sotto sul fondo, o adoperando la sonda, ordinariamente basta a far sì che il liquido esca fuori. Quando trattasi di antiflessione bisogna ricorrere ad una conveniente cura meccanica (Veggasi « Flessioni »).

Dopo l'evacuazione del liquido, la pressione e l'amministrazione dell'ergotina si debbono usare per agevolar le contrazioni uterine.

Altre osservazioni sul modo di curare i casi di occlusione della bocca o del collo dell'utero si troveranno nel capitolo sulla « Dismenorrea ».

DISTENSIONE DELL'UTERO PRODOTTA DA GAS.

Casi ben confermati di questa malattia se ne hanno pochi, ma non ci è da dubitare che accumulazioni di gas talvolta abbiano luogo nello interno dell'utero. Il fatto più comune con cui si è osservata questa accumulazione è la presenza dentro l'utero di un feto morto o di porzioni delle membrane che sono state anormalmente ritenute nell'utero dopo il parto o dopo aborti. I gas sviluppatisi nell'utero in queste circostanze sono conseguenza della decomposizione delle sostanze ritenute: sono fetidi e l'utero, al tempo stesso, può contenere residui purulenti. Oltre a ciò, sembra necessario che, a manifestarsi questa distensione gassosa dell'utero, l'orificio dell'organo, aperto di recente, si sia richiuso. Sembra probabile che, in primo luogo, abbia dovuto penetrare aria nell'utero; secondariamente la bocca debba essere stata barricata o chiusa e che la decomposizione abbia dovuto avvenire poi e così abbia dato origine alla distensione gassosa ora accennata. È un fatto che l'aria sovente passa nell'utero immediatamente dopo l'espulsione del feto. È evidente, oltre a ciò, che, astrazione facendo dal parto o dall'aborto, i coaguli in via di decomposizione nell'utero possono generare gas, che possono trattenersi ed accumularsi nell'utero, quantunque il numero di casi di questo genere sieno molto pochi rispetto a quelli precedentemente descritti. Da alcuni si è supposto che la membrana la quale riveste l'utero possa segregare gas, ma ciò non è dimostrato. In molti dei casi ricordati come casi di accumulazione gassosa nell'utero, la sola prova di tale accumulazione è stata il passaggio di flati dalla vagina, supposti, a torto, provenienti dall'utero. In un'importante comunicazione all'*Obstetrical Society* di Londra il Dr. Harley[1] riferì le particolarità di un caso in cui talvolta furono espulsi flati per la vagina. Egli accertò coll'esperimento che il gas così espulso era stato un momento prima attirato nella vagina, come egli credeva, da una contrazione spasmodica alternata a rilasciamento dei muscoli retti

[1] *Obst. Trans.* vol. iv.

addominali. Il Dr. Gooch ricorda un caso in cui l'inferma emise flati solo quando non era gravida; l'emissione cessava quando diveniva incinta, ed egli lo citò per dimostrare che i flati doveano partire dall'utero. Questo fatto, però, non dà nessuna prova assoluta della verità della spiegazione che il Dr. Gooch propugna. Più probabilmente sarà stato un caso di ammissione ed espulsione di aria, alternata, nella vagina, come quello del Dr. Harley [1].

CURA.

La cura più ovvia sarebbe l'evacuazione del gas per mezzo di un lungo tubo di gomma elastica o di sostanza rigida, che si dovrebbe introdurre con circospezione attraverso il collo dell'utero. Poi sarebbero utili una stretta fasciatura ed affusioni fredde dall'esterno.

[1] Veggasi anche un lavoro su questo argomento del Dr. Rasch, *Obst. Trans.* vol. xii. p. 281.

CAPITOLO XLV.

MALATTIE DELLE TROMBE DI FALLOPPIO.

Tumori delle trombe di Falloppio, fibrosi e tubercolari – Cisti — Distensione della tromba prodotta da liquido – Distensione della tromba prodotta da sangue — Accumulazioni purulente nelle trombe – Gravidanza falloppiana — Cura.

Le malattie delle trombe di Falloppio non si osservano molto frequentemente durante la vita, benchè, spesso, si notino varie alterazioni dopo morte, relative alla forma, posizione, permeabilità, ecc. di questi dotti. Qui discorreremo delle più importanti fra queste condizioni anormali.

TUMORI DELLE TROMBE FALLOPPIANE.

I *fibromi* si possono trovare in tal posizione da bloccare il passaggio e talvolta ne è conseguenza l'occlusione della tromba. Il *tubercolo* delle trombe è stato osservato ed anche il *cancro*. Le cisti sono più dubbie, è facile prendere per cisti una semplice distensione delle trombe.

DISTENSIONE DELLA TROMBA PRODOTTA DA LIQUIDO (IDROPISIA FALLOPPIANA).

I tumori costituiti dalla distensione di una o di entrambe le trombe, prodotta da liquido, non sono molto infrequenti. Si osservano principalmente nelle vecchie e sono accompagnati da chiusura di una o di entrambe le estremità della tromba. La quantità del liquido può essere tale da far giungere la tromba al volume della testa di un feto ed anche più (veggasi fig. 177 di Hooper). Il liquido, ordinariamente, è acquoso, misto a sostanze fioccose di varia consistenza. È un fatto singolare che entrambe le trombe sieno state vedute simultaneamente passionate e quasi allo stesso grado. Una cosa importante a questo proposito è la somiglianza fisica fra questi tumori ed i tumori cistici dell'ovaia.

RACCOLTE DI SANGUE NELLE TROMBE FALLOPPIANE.

Vi hanno ragioni per credere che le trombe falloppiane sieno non di raro distese da sangue, ad un grado leggiero, durante la vita mestruale. In alcuni casi il sangue così accumulato trova la sua via nella cavità peritoneale (veggasi « Ematocele peri-uterino »). Il sangue può venire da tre punti, cioè dall'utero, dalla membrana che riveste la tromba o dal follicolo di Graaf. Può essere causa dell'accumulazione l'imperforazione dell'imene, o della bocca dell'utero, e può presentarsi in tutti quei casi in cui l'apertura dell'utero in basso è in qualche modo occlusa. Può, così, accompagnarsi a ritenzione mestruale; il sangue versatosi nell'utero, o nella tromba,



Fig. 177 [1].

o quello possibilmente proveniente dall'ovaia, distende la tromba insieme all'utero. In un caso di ritenzione mestruale con distensione dell'utero, la presenza di un tumore nella pelvi di lato all'utero e che abbia la forma della tromba Falloppiana dilatata, deve far sospettare la distensione di questa prodotta da sangue che vi si è accumulato. Ma la tromba Falloppiana può essere distesa da sangue nei casi in cui non vi ha distensione dell'utero della stessa natura. Un fibroma situato al punto di congiunzione della tromba e dell'utero e che chiudeva il canale era la causa della distensione in un caso riferito da Favel e citato da Bernutz e Goupil [2]. L'occlusione della tromba in questo punto per altre cause può senza dub-

---

[1] La fig. 177 (da Hooper) mostra l'idropisia falloppiana.
[2] *Op. cit.* tom. i. p. 168.

bio produrre lo stesso risultato. Il Dr. Farre afferma di aver trovato accumulazioni di sangue nelle trombe chiuse ad ambo le estremità ed in casi nei quali la morte era avvenuta durante un periodo mestruale; da ciò egli concludeva che il liquido mestruale è fornito in parte dalla parete della tromba Falloppiana [1].

RACCOLTE PURULENTE NELLE TROMBE FALLOPPIANE.

Queste sono la conseguenza di un processo flogistico nelle trombe o nell'utero; il periodo del puerperio è uno di quelli durante il quale è più facile che avvengano tali raccolte, ma possono essere conseguenza d'infiammazione dell'utero, o di operazioni sugli organi generativi; ponno formarsi idiopaticamente ed a causa di un' infiammazione cronica dell' interno dell'utero; possono essere anche conseguenza di restringimento della bocca dell'utero, sempre che è impedita l'uscita di liquidi prodottisi nell'utero. Nei casi prodotti dal puerperio, il pus si può raccogliere nelle trombe e distenderle e in ultimo può passare nella cavità peritoneale. Questo è uno dei modi di origine della peritonite puerperale [2].

PAPILLOMA DELLA TROMBA DI FALLOPPIO.

Un caso importante è riferito da Alban Doran [3] nelle *Pathological Transactions* ed è il seguente : —

L'inferma, nubile, di 50 anni, ha avuto menorragia dopo di aver sofferto amenorrea, e poi sintomi d' infiammazione dell'ovaia destra. Consecutivamente si verificò versamento pleurico per cui si eseguì la paracentesi; dopo di ciò ascite. Quattro volte fu punta per questa ultima. Dopo l'ultima puntura Spencer Wells trovò una massa nodulare dura dietro l' utero. Fu eseguita un' operazione e dopo tolte 17 pinte di liquido, fu asportato un tumore grande quanto un'arancia, formato in gran parte dalla tromba Falloppiana destra, ed insieme al tumore fu asportata l'ovaia aderente. L'ammalata guarì. Il tumore consisteva in una massa allungata, ovale, che misurava tre pollici e mezzo per due e si trovò che era costituito dalla tromba di Falloppio dilatata e riempita di vegetazioni a cavolofiore, coverta da secrezione mucoide, proveniente dalla estremità fimbriata ove era un'apertura del diametro di una setola. Le vegetazioni crescevano da tutti i punti della tromba dilatata ; erano coverte da epitelio cilindrico. Doran ritiene che questo tumore è un esempio di un tumore estremamente voluminoso precedentemente conosciuto da Rokitansky ed Hennig e crede che sia prodotto da infiammazione cronica. La secrezione proveniente dalla tromba irritò il peritoneo e produsse l'ascite.

---

[1] *Op. cit.* p. 618.
[2] Veggasi un importante lavoro su questo argomento del Dr. Barnes, *Obst. Trans.* vol. iii. p. 419.
[3] *Path. Trans.* vol. xxxi.

GRAVIDANZA FALLOPPIANA.

Questa si deve ritenere come una malattia e generalmente mortale. Questo argomento però non spetta alla ginecologia. Le conseguenze solite sono la rottura della tromba e la mortale emorragia addominale.

CURA DELLE MALATTIE DELLE TROMBE DI FALLOPPIO.

In alcuni casi si sono evacuate le raccolte sierose nelle trombe di Falloppio per mezzo di un sottile trequarti e di un tubo introdotto dalla vagina.

Sono, però, pochi i casi nei quali si possono adottare misure chirurgiche, a causa della relativa rarità delle malattie in questo sito ed anche a causa della difficoltà della loro diagnosi. Il caso riferito sopra, in cui Spencer Wells escise una tromba dilatata, è molto importante ed eccezionale.

Un caso singolare è riferito dal Dr. Baumgärtner di Baden [1]. Un'inferma alla quale si era fatta l'ovariotomia e poi la gastrotomia, allo scopo di far cessare il dolore prodotto da adesione del peduncolo alla vescica, più tardi andò soggetta a dolore insopportabile nella tromba Falloppiana destra. Fu eseguita una terza volta la gastrotomia ed essendosi trovata distesa la tromba destra e sul punto di rompersi, fu asportata, insieme all'ovaia. L'ammalata guarì.

Nei casi in cui le trombe sono distese da gas, come in un caso di metrite puerperale, bisogna con somma attenzione osservare il riposo, altrimenti il contenuto della tromba si versa nella cavità addominale.

Nei casi di *gravidanza Falloppiana*, se fosse possibile fare una diagnosi esatta di questi casi di rottura ed emorragia durante la vita, senza dubbio sarebbe meglio aprire l'addome e cercare di legare i vasi che dànno sangue, piuttosto che lasciare morire l'ammalata per l'emorragia. Finora non si è tentata nessuna operazione di questo genere, ma si è discusso di ciò più di una volta nelle riunioni della *Obstetrical Society* di Londra. La principale difficoltà consiste nella diagnosi, giacchè, fino a quando l'inferma non muore, generalmente non si scovre la vera natura del caso; questo è, almeno, il risultato dell'esperienza della maggior parte dei pratici. Forse l'aumentata esattezza della diagnosi delle malattie degli organi generativi della donna potrà ottenersi colla più frequente scoverta di questo formidabile accidente, fatta abbastanza presto da poter adottare quelle misure che possono salvare la vita all'inferma.

---

[1] *Berlin. Kl. Woch.* 1879.

CAPITOLO XLVI.

MALATTIE DELLE OVAIE: OVARITE: SPOSTAMENTO DELLA OVAIA: NEVROSI: OPERAZIONE DI BATTEY.

OVARITE ACUTA ED ASCESSO DELL'OVAIA.
OVARITE CRONICA. — Impedita ovulazione, suoi effetti e cause — Cangiamenti nei follicoli di Graaf — Congestione dell'ovaia — Effetti di un'ovarite cronica di lunga durata — Etiologia. Eccessi sessuali — Gonorrea — Sintomi e segni dell'ovarite cronica — Dolore, sensibilità al tatto — Segni diagnostici.
Cura dell'ovarite acuta — Cura dell'ovarite cronica — Mezzi generali — Operazione di Battey, casi nei quali conviene.
SPOSTAMENTO DELL'OVAIA. — Sintomi, Cura.
NEVROSI DELL'OVAIA — Disturbi mentali — Nevralgia — Ninfomania — Isteria ed istero-epilessia.
OPERAZIONE DI BATTEY — Storia e critica fondata sulla statistica.

OVARITE ACUTA ED ASCESSO DELL'OVAIA.

Raramente, nella pratica, si osserva questa malattia. Si è veduto che una repentina cessazione dei catameni, in sèguito all'azione del freddo o dell'umido ai piedi, dà luogo a questa malattia, ma ciò è rarissimo. È più comune in concomitanza collo stato puerperale; allora la troviamo generalmente associata ad uno stato pioemico, con infiammazione dell'utero e rilevanti cangiamenti nelle grosse vene uterine. L'ascesso pelvico, che può seguire dopo il parto, o dopo qualsiasi operazione sugli organi generativi, in generale comincia nelle vicinanze dell'ovaia e può passionare questo organo. L'infiammazione acuta e l'ascesso di un'ovaia, che precedentemente era sana, è una malattia appena nota. Ma, quando l'ovaia è attaccata da trasformazione cistica, le cisti si possono infiammare e suppurare.

OVARITE CRONICA.

Il processo di ovulazione implica rottura della superficie del follicolo di Graaf, passaggio del suo contenuto nella tromba di Falloppio e consecutiva chiusura dell'apertura (veggasi p. 17). Questo processo fisiologico è soggetto ad alterazioni. Così la rottura può essere impedita da precedente ingrossamento flogistico della super-

ficie dell'ovaia. Questo ingrossamento può essere prodotto da preceduto processo flogistico pelvico, il quale può manifestarsi in varii modi. La pelvi-peritonite (Bernutz e Goupil) è uno stato di cose che può essere prodotto da uscita di sangue dall'ovaia o da secrezioni dalle trombe Falloppiane e loro passaggio nella cavità peritoneale vicina all'ovaia, disturbandosi così l'uscita dell'ovulo, la qual cosa può avvenire forse anche in altri modi. Le false membrane che così formansi ponno opporsi all'ovulazione o disturbare il normale passaggio dell'uovo.

Quando l'ovulazione è impedita per il suddetto motivo, sono probabili altri cangiamenti nell'ovaia stessa: tumidezza, turgescenza, ingrossamento, degenerazione ed altre alterazioni nello stroma dell'ovaia, e coll'andar del tempo l'effetto di tutto ciò può essere che l'ovaia sia contratta, alterata in varie guise e materialmente è impedito il fisiologico sviluppo, la maturazione e la deiscenza dei follicoli di Graaf. Indubitatamente, in alcuni casi, anche processi morbosi, i quali hanno origine nello stroma ovarico, producono alterazioni nei tessuti dell'organo. I follicoli di Graaf si possono ammalare prima che raggiungano la superficie, ovvero la malattia può attaccarli durante i loro cangiamenti regressivi. È evidente che in alcuni casi lo stroma ovarico si rompe, si atrofizza e l'ovaia perde la sua forma e i suoi contorni definiti e si fonde coi tessuti adiacenti per essudazione formatasi sull'ovaia, conseguenza dell'azione morbosa intra-ovarica o extra-ovarica.

Ovarite cronica è un'espressione che si adopera per indicare i varii processi morbosi enumerati nei paragrafi precedenti. Negrier[1] descrisse i cangiamenti morbosi nei follicoli col nome di « vescicolite ».

Sicchè l'impedita ovulazione può produrre alterazioni patologiche sia nei follicoli di Graaf, sia nello stroma ovarico intermedio. L'espressione « ovarite cronica », come ora si usa, indica la maggior parte dei processi morbosi che ponno manifestarsi nell'ovaia. Sembra probabile che le più comuni malattie cistiche dell'ovaia abbiano la loro origine in quella forma di ovarite che è accompagnata da impedita ovulazione. I fatti che sono venuti a mia conoscenza m'inducono a sospettare che le impressioni di freddo durante il periodo mestruale non di raro sieno la causa di grave malattia consecutiva; il primo effetto è la follicolite in quel tal follicolo di Graaf che è più ingrossato e sviluppato e che è vicino al periodo o nel periodo della deiscenza all'epoca in cui si subisce l'influenza perfrigerante.

---

[1] *Recueil des faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques de la femme*, Angers, 1858.

La *congestione dell'ovaia* è una malattia che precede l'ovarite cronica. La congestione può aver luogo in tutto l'organo, di cui aumenta il volume ed il peso. Clinicamente è un'alterazione che s'incontra non di raro, tranne nei casi in cui l'ovaia si è spostata. Pertanto si ricordano casi in cui la congestione, il rammollimento e lo stato semi-polposo dell'ovaia si sono osservati dopo la morte.

Un importantissimo elemento nei casi di ovarite cronica è lo stato delle funzioni nutritive. Così, se l'inferma è tubercolosa, la natura dell'ovarite probabilmente sarà identica. La debolezza da qualsiasi causa forse anche l'aggraverà e sarà motivo del suo iniziarsi. Una bassa forma di processo infiammativo cronico può manifestarsi in tali circostanze e l'ovulazione normale può non aver luogo, sia perchè le false membrane o adesioni impediscono l'avvicinarsi delle fimbrie delle trombe Falloppiane all'ovaia, o perchè le fimbrie sono ammalate o fissate, o perchè l'ovaia superficialmente o profondamente è andata soggetta a cangiamenti flogistici cronici.

Altri fatti relativi alla storia dell'ovarite cronica debbono ora essere assodati. Quando la malattia dura da qualche tempo, il dolore e gli incomodi relativi direttamente e indirettamente prodotti sono tali che l'inferma cade in uno stato molto deplorevole. L'insufficienza della funzione ovarica che si ha in tali circostanze indusse il Dr. Battey, di Giorgia, Stati Uniti d'America, ad eseguire l'estirpazione delle ovaie. I casi così avanzati non sono molto comuni, ed è cosa molto importante il distinguere i gravi casi di ovarite cronica dalla dismenorrea cronica grave dipendente da qualche stato morboso dell'utero. Questa distinzione non è affatto facile in tutti i casi.

Etiologia. — Gli eccessi sessuali non di raro cagionano ovarite cronica. La sterilità è un'ulteriore conseguenza di tali eccessi, l'effetto dei quali probabilmente è di produrre gravi disturbi alla fisiologica maturazione dei follicoli di Graaf, la loro prematura rottura e l'accidentale mancato passaggio dell'uovo, per esempio la caduta del contenuto dei follicoli nella cavità peritoneale, e la successiva irritazione di questa. Le impressioni perfrigeranti durante la mestruazione, sia che producano reale cessazione dei catameni, sia mancanza degli stessi, indubitatamente sono cause di ovarite. L'esagerata attività funzionale delle ovaie, che può essere prodotta da pervertimento morale o da precoce abitudine alle cattive usanze, può produrre grave ovarite cronica.

La congestione cronica dell'utero spesso è accompagnata da ovarite cronica.

In alcuni casi la gonorrea indubitatamente è la causa di malattia ovarica. L'ovarite di origine gonorroica può produrre un processo infiammativo cronico nell'ovaia, ma più specialmente nel peritoneo

che sta vicino all'ovaia. La pelvi-peritonite cronica con ovarite cronica di indole molto grave può sorgere a questo modo.

Sintomi e segni. — Un sintoma comune è il *dolore* nella regione ovarica.

Il dolore nella regione ovarica, però, non dimostra che le ovaie sieno ammalate e neppure che sieno la sede d'infiammazione o d'irritazione. Il dolore in queste regioni più spesso dipende da malattia uterina che da malattia ovarica. Il dolore durante la mestruazione è anche molto più spesso dipendente da alterazione nell'utero. Nei capitoli sulle « Flessioni Uterine » e sulla « Dismenorrea » si è discorso di ciò ampiamente.

Non vi ha dubbio che si presentino casi, benchè, relativamente, forse pochi di numero, nei quali il dolore realmente è dovuto alle ovaie ed ha origine, con molta probabilità, da quella che si può chiamare *ovulazione difficile.*

A questa classe di casi forse appartengono quelli che il Dr. Priestley ha descritto ed in cui, fra i regolari periodi mestruali si sente ogni mese uno speciale dolore simile a quello che si prova nelle epoche mensili catameniali, ma senza emissioni. Questi probabilmente sono casi di difficile passaggio dell'ovulo.

Sensibilità dell'ovaia al tatto. — Un'esplorazione vaginale o rettale è il miglior mezzo per scovrire la reale sensibilità ovarica. Quando l'ovaia è realmente sensibile al tatto e continuamente, quando è ad evidenza turgida, si può affermare che vi ha ovarite. Ma non sempre vi sono la sensibilità ed il turgore. In alcuni casi troviamo l'ovaia notevolmente dura, irregolare al tatto e più piccola del solito, ovvero non si può discernere colla più attenta esplorazione combinata, a causa del processo infiammativo cronico che l'ha fusa coi tessuti adiacenti.

La sensibilità nella regione laterale ipogastrica o sopra-inguinale non è, secondo la mia esperienza, affatto segno di ovarite. La pressione in questo punto può provocare dolore, ma si può trovare che in un'esplorazione interna l'ovaia non è affatto sensibile al tatto. La sensibilità ed il turgore soprainguinale per lo più sono realmente dovuti ad antiflessione dell'utero. Questo fatto è stato da me accertato con ripetute osservazioni ed è importantissimo, giacchè finora è stato ritenuto per segno di ovarite. Quando l'ovarite o la congestione ovarica vi sono realmente, non vi ha dubbio che vi può essere la sensibilità soprainguinale: di ciò non si fa quistione. Oltre a ciò, quando vi è la pelviperitonite, la sensibilità nella regione sopra-inguinale può notarsi. La stessa asserzione si applica al *turgore* della regione soprainguinale. Una leggiera tumefazione timpanitica è molto probabile che si osservi in questa regione, massime nei casi di antiflessione ed anche nei casi di pelvi-peritonite. Questa

tumefazione non indica assolutamente che vi ha ovarite. Io ho supposto che dipenda da irritazione del peritoneo, prodotta per trazione o lacerazione del ligamento rotondo, in seguito ad anormale posizione dell'utero.

Nei casi di flogosi *acuta* dell'ovaia è necessario il riposo assoluto. Le sanguisughe si debbono applicare nei casi in cui l'attacco dipenda da repentina perfrigerazione seguita da applicazioni caldo-umide. Quando si crede che la gonorrea sia causa della malattia, le mignatte potrebbero essere utili a principio e più tardi si daranno i rimedii specifici. Quando vi ha una causa puerperale, la sottrazione sanguigna non è indicata ; allora trattasi di setticoemia o vi ha tendenza a questa e l'indicazione è di sostenere le forze dell'inferma piuttosto che sottrarre sangue. Il riposo, il caldo mediante le fumigazioni calde di trementina ed una dieta stimolante e nutritiva si possono con vantaggio mettere a profitto.

I casi di *ovarite cronica* devono essere curati tenendo d'occhio le speciali indicazioni che presenta l'inferma. Talvolta si devono moderare gli eccessi sessuali ed instituire una cura morale. La tendenza alla congestione delle ovaie si può far diminuire in queste circostanze usando le affusioni fredde sulle cosce e sulle parti più basse dell'addome, e mediante i rimedii ed un metodo di vita diretti a rendere più attive le altre funzioni del corpo. Se non vi ha tendenza allo spostamento o alla flessione dell'utero, la ginnastica o gli esercizii di equitazione, o qualche occupazione che metta in attività l'intelletto ed un certo grado di moto, si possono raccomandare. In queste circostanze il moto è quasi sempre accompagnato da un certo grado di dolore e spesso è necessario tenere l'inferma in riposo per qualche tempo, prima di permetterle che incominci a camminare.

In tutti i casi è più o meno necessario il riposo funzionale. Nei periodi mestruali l'inferma deve restare sovra un sofà o a letto ; la sua camera sarà mantenuta fresca e si eviteranno i cibi stimolanti.

La controirritazione ed i sedativi costituiscono in complesso la miglior cura nei casi che ordinariamente si presentano. L'unguento di tartaro emetico, o un linimento che contenga olio di croton, si possono strofinare mattina e sera sulle regioni ovariche e si possono usare gli oppiacei abbastanza forti per calmare il dolore. Una pillola contenente tre centigrammi di oppio, due centigrammi di estratto di canape indiana e sei centigrammi di canfora, si può dare mattina e sera. Bisogna badare che gl'intestini sieno sbarazzati ogni giorno.

L'« operazione di Battey » è un rimedio a cui si può ricorrere nei casi di ovarite cronica avanzata o incurabile. È stata eseguita per altri motivi, di cui non è qui il luogo di discorrere. Parrebbe che sia indicata più specialmente nei casi in cui vi ha ovarite cro-

nica dipendente da impedita ovulazione, per qualsiasi causa, ed in cui si sono sperimentati inefficaci altri metodi di cura. Forse si può mettere in pratica in alcuni rari casi, nei quali la continuazione della funzione delle ovaie non è possibile a causa di una malattia uterina incurabile. Oggi sembra che alle ovaie si attribuisca una parte più importante di quella che ad esse spetta nel provocare (direttamente, almeno) quello stato di cose per cui nella pratica si è introdotta l'operazione di Battey, ma questi casi senza dubbio in avvenire saranno messi da parte.

SPOSTAMENTO DELL'OVAIA.

Talvolta si trova che l'ovaia ha abbandonato la sua comune posizione ed è caduta in basso, generalmente nella linea mediana, nello spazio del Douglas. Ivi costituisce un tumore, che si riconosce facilmente coll'esplorazione vaginale, della forma e della grandezza dell'ovaia, ma non di raro molto più grosso. Ordinariamente è molto doloroso e sensibile al tatto. Le cause di questo prolasso o discesa dell'ovaia sono varie, ma la più comune sembra che sia la retroflessione dell'utero. Il fondo dell'utero può trascinare l'ovaia, o i violenti sforzi di defecazione, resi talvolta necessarii dalla retroflessione uterina, possono essere l'occasione che determina lo spostamento. Prolassatasi, l'ovaia o rimane mobile o aderisce e si fissa nella sua posizione anormale a causa di essudazione flogistica.

I sintomi prodotti dal prolasso dell'ovaia sono, d'ordinario, molto rilevanti e talfiata molto gravi. Essi consistono in dolore che accompagna la defecazione e che spesso diviene tormentoso, in dolore nel camminare, ed in disturbi generali di vario genere. I sintomi, infatti, somigliano moltissimo a quelli dipendenti da grave retroflessione dell'utero; e quando le due condizioni (prolasso dell'ovaia e retroflessione dell'utero) sono contemporanee, i sintomi possono essere di doppia intensità. Varii sintomi nervosi riflessi si possono anche osservare, per esempio gravi fenomeni isterici.

La cura del prolasso dell'ovaia è talvolta cosa semplice. Se dipende, infatti, da retroflessione dell'utero, e l'ovaia è liberamente mobile, può bastare a correggere i due difetti un pessario di Hodge. Ma, se l'ovaia è aderente e, come spesso incontra in tali circostanze, è infiammata, una cura efficace è molto difficile. Il principale obbietto deve essere di rimettere al suo posto l'organo prolassato, la qual cosa si può ottenere nel miglior modo possibile con qualche modificazione al pessario di Hodge bene imbottito nella parte soggetta a toccare l'ovaia, o con un semplice pessario ad anello di gomma elastica. Sarebbe necessario un riposo assoluto mentre l'ovaia infiammata e spostata nel modo sopradetto è spinta gradatamente in alto fuori dello spazio del Douglas, ed il pessario si dovrebbe

portare per uno spazio considerevole di tempo per evitare la probabile riproduzione dello spostamento.

In certi casi gravi l'operazione di Battey è stata eseguita e si sono estirpate le ovaie per curare radicalmente il suddetto spostamento. Fino al 1881 ne sono stati riferiti cinque casi [1].

NEVROSI DELL'OVAIA.

Non molto raramente si presentano casi nella pratica in cui vi è una nevrosi, riferibile a qualche eccitazione o irritazione negli organi generativi. L'ovaia e l'utero sono i due principali organi e la quistione sorge nel determinare se la malattia ha origine nell' uno o nell'altro di questi due principali punti.

Si è già discusso questo quesito, con una certa diffusione a pagina 475 ed è stata determinata la parte che l' utero ha nella produzione di questa malattia. Resta a determinare quale parte hanno le ovaie nella produzione delle nevrosi.

Quando le funzioni ovariche vanno a finire, o sono sospese, le nevrosi uterine cessano o diminuiscono molto d' intensità. Ma le nevrosi ovariche e le nevrosi uterine nonpertanto sono distinte le une dalle altre.

Nell'organismo femminile sembra che le ovaie sieno gli organi predominanti. Ad ogni modo una cosa è certa, che la fecondazione è inseparabilmente connessa alla loro vita ed alla loro attività fisiologica. Non sembra, però, che la mestruazione sia sempre abolita quando le ovaie sono state tolte e sembra evidentemente che l'esercizio dei rapporti sessuali non è materialmente alterato quando è stata eseguita una doppia ovariotomia.

Quanto ai puri disturbi *mentali* l' influenza delle ovaie è a chiare note direttamente contradittoria; giacchè, si asserisce, che la mania in alcuni casi è guarita dopo l'esecuzione dell'ovariotomia ed in altri casi non si è modificata, nonostante l'operazione.

La nevralgia cronica delle ovaie, forse, è la più definita delle affezioni nervose riferibili direttamente all'ovaia, ma i casi di questo genere, secondo me, sono molto più rari di quanto generalmente si crede. In molti casi supposti di questa natura il dolore vicino all'ovaia dipende da qualche stato morboso dell'utero (veggasi p. 626). Oltre a ciò, restano probabilmente alcuni casi che possono realmente essere qualificati come nevralgie ovariche, (accoppiate ad ovarite cronica, ecc.).

Si è creduto che la ninfomania abbia origine da qualche stato morboso delle ovaie. Forse ciò è vero in alcuni casi. In quelli capitati sotto la mia osservazione, nei quali vi era un'anormale ecci-

---

[1] Veggasi il Battey's *Report*, Int. Med. Congress, 1881.

tabilità sessuale, la cosa con cui la trovai associata, in alcune rilevanti circostanze, è stata l'antiflessione acuta dell'utero; e che dipendesse dall'alterazione uterina fu dimostrato, perchè alla guarigione di questa tenne dietro la guarigione di quella.

Isteria, attacchi isterici, istero-epilessia. — La dottrina secondo cui queste affezioni sono d'origine ovarica in questi ultimi anni ha acquistato grande credito, massime per i lavori di Negrier, Charcot ed altri. Essa poggia su fragili fondamenti. Le evidenti prove cliniche che io ho potuto raccogliere sono direttamente favorevoli all'origine uterina di queste affezioni (veggasi p. 490). Si può dire che queste affezioni sieno sotto l'influenza delle ovaie in quanto queste hanno influenza sull'utero. Si comprende che le ovaie possono avere un'influenza diretta originaria in alcuni casi, ma l'evidenza clinica in quelli osservati da me non era per questo modo di origine. Si può dire che si sono osservati casi in cui l'asportazione delle ovaie ha fatto finire l'istero-epilessia, ma ciò non prova affatto che la malattia delle ovaie fosse in quei casi la causa che provocò la malattia.

OPERAZIONE DI BATTEY (OOFORECTOMIA).

L'operazione indicata oggi per consenso universale col nome di « operazione di Battey » fu per la prima volta proposta dal Dr. James Blundell. Fu eseguita per la prima volta da Hegar nel Luglio 1872. Il Dr. Battey di Roma, Georgia, Stati Uniti di America, l'eseguì pochi giorni più tardi, nello Agosto 1872 e senza conoscere che l'avesse già eseguita Hegar. Il Dr. Battey pubblicò immediatamente una relazione del suo primo caso e dei principii che lo indussero a fare l'operazione, e poco tempo dopo ne eseguì altre simili: quantunque non sia stato realmente il primo operatore, fu il primo ad enunciare e diffondere il principio dell'operazione. La priorità, però, della esecuzione spetta a Percival Pott, che per il primo eseguì l'ovariotomia doppia delle ovaie normali. Trattavasi di una donna a 24 anni, nella quale le ovaia formavano tumori nelle anguinaie e le impedivano di lavorare per procacciarsi la sussistenza.

L'operazione di Battey è definita dall'autore come « un'operazione destinata ad asportare le ovaie normali allo scopo di procurare immediatamente un cangiamento di cose per la guarigione radicale di certe altre malattie incurabili » [1].

La sua prima operazione fu eseguita nel 17 Agosto del 1872. L'inferma, nubile, di 30 anni, era stata per sette anni in cura per un'amenorrea, accompagnata da molimen mestruali molto gravi e da

---

[1] « Normal Ovariotomy ». *Atlantic Med. and Surg. Journ.* Sept. 1872.

sofferenze, sin dall'età di 16 anni. Ella non avea mai avuto più di due periodi catameniali regolari. Aveva frequenti emorragie dallo stomaco e dal retto, attacchi di ematocele, ascessi, estrema debolezza e menava in generale un'esistenza deplorevole. L'utero era stato dilatato e curato ottenendone leggiero beneficio, ma non un miglioramento reale. L'inferma di buon grado accettò la proposta di asportarle le ovaie. Questa operazione fu eseguita con successo dopo la sezione dell'addome. I peduncoli furono legati e abbandonati in cavità. La guarigione fu completa e così venne stabilito un principio, del tutto nuovo nella medicina curativa e che senza dubbio è destinato a dimostrare che si è aggiunto un efficacissimo mezzo all'arte medica.

Nella prima operazione di Battey le ovaie furono estratte colla sezione mediana dell'addome. Battey eseguì in modo diverso le sue operazioni successive adottando il metodo vaginale. Il metodo « laterale diretto » dell'operazione addominale fu adottato in alcuni casi da Hegar. Recentemente, però, il metodo vaginale è caduto in discredito ed ora dalla generalità degli operatori si ritiene preferibile il metodo addominale. In parecchi casi fu adottato il piano di asportare una sola ovaia; anche Battey ha fatto così in alcuni suoi casi, « dipartendosi », come osserva bene il Dr. Marion Sims, « dalla regola stabilita a principio per sua guida ». Il risultato di queste operazioni unilaterali non è stato favorevole.

Fra gli operatori che hanno contribuito fino al 1881 ad accrescere il numero delle operazioni bisogna ricordare Hegar (42 operazioni), Battey (16), Marion Sims, Savage (25 casi), Lawson Tait (30 casi), Engelmann, Schroeder, Pallen, Noeggerath, Alex. A. Simpson, Goodell, Heywood Smith ed altri. Dal 1872 l'operazione è stata eseguita molte volte. Nell'ultimo Congresso Medico Internazionale tenuto a Londra, il Dr. Battey, il quale vi era, presentò le statistiche dell'operazione fino all'epoca del Congresso (1881), abbraccianti i suoi casi e quelli di altri:

Operazioni complete (asportazione di amendue le ovaie) . . .	193
Casi incompleti (asportazione di una sola ovaia o di amendue imperfettamente)	25
	218
Sul totale dei casi 18 per cento morirono	40
» 82 per cento guarirono	178

Degli ultimi risultati riferiti —

Operazioni complete, guarite	88	o 72	per cento
» migliorate	22	» 19	»
» non migliorate	11	» 9	»
Operazioni incomplete, guarite	6	» 26	»
» migliorate	10	» 44	»
» non migliorate	5	» 22	»
» non detto quale è stato l'esito	2	» 8	»

Nel quadro presentato dal Dr. Battey vi è una colonna in cui sono notate le « indicazioni per l' operazione ». Io ho riassunto i casi con quella accuratezza che mi era permessa dalla circostanza: —

Mioma, o tumore uterino		38 casi
Ovaralgia, o dismenorrea ovarica.	39	
Dismenorrea, o mestruazione morbosa.	30	85 »
Ovarite cronica.	16	
Istero-epilessia, o nevrosi riflesse.		32 »
Ovaia prolassata o dislocata.		5 »

In parecchi casi non sono espresse le « indicazioni » ; gli altri, registrati, sono di natura mista — mania, inguaribile malattia uterina, infiammazione pelvica cronica, menorragia, ecc. I sopranotati rappresentano i 3[4 di tutti i casi e sono accompagnati dalle indicazioni per l'operazione nella maggior parte delle volte in cui finora realmente si è operato.

Un attento esame delle note ai casi di operazione di Battey mostra che un breve quadro statistico, come quello di cui sopra abbiamo dato un sommario, dà un'idea imperfettissima della natura reale dei casi e parrebbe che spesso a caso i sintomi presenti sieno scelti a qualificare il caso nelle statistiche. Prendiamo, ad esempio, i « casi incompleti » del Dr. Marion Sims, troviamo ricordati sei casi col nome di « ovaralgia » uno dei quali congiunto ad « enteralgia » e un altro a « dismenorrea ». Ora la relazione completa di questi casi pubblicati dal Dr. Marion Sims dice che nel primo vi era retroflessione dell'utero, nel secondo retroversione, nel terzo stenosi del collo dell'utero, nel quarto antiflessione, nel quinto retroflessione, nel sesto retroflessione; eppure nella statistica le indicazioni sono comprese sotto il nome di « ovaralgia ». Perciò questi casi speciali sono soggetti a critica, potendovisi opporre che la distorsione dell'utero forse era la causa delle sofferenze, a far cessare le quali si ricorse all'operazione di Battey.

La stessa obbiezione si applica più o meno ad altri casi in cui l'ovaralgia, la dismenorrea, l'ovarite cronica, ecc., costituivano le indicazioni stabilite per l'operazione. Questi nomi non sono abbastanza concreti per soddisfare alle attuali esigenze della scienza, nè bastano a regolare la condotta da tenere in avvenire riguardo a questa operazione. È certo che, almeno in alcuni dei casi in cui si è eseguita l'operazione, l'inferma aveva una malattia dell'utero, che si avrebbe potuto curar bene e senza sottoporla alla mutilazione richiesta dall'operazione di Battey. Da ciò che io ho visto in pratica e da ciò che io so della storia naturale della patologia dell'utero è perfettamente certo, per me, che molti casi di grave antiflessione dell'utero o di rilevante retroflessione di questo organo sono compresi nel quadro statistico pubblicato e di cui sopra si è fatto cenno, ma vi figurano sotto altro nome e sotto diverse designazioni. È una

singolarissima cosa che su 218 casi ve ne hanno soltanto quattro in cui la retroversione o retroflessione dell'utero è notata nel *quadro* statistico e non si parla affatto dell'antiflessione.

Le difficoltà ed i pericoli dell'operazione di Battey saranno ora qui ricordati.

L'operazione è semplice, come nota Engelmann, quando i visceri pelvici sono normali, i ligamenti larghi cedevoli, le ovaie libere da adesioni e non degenerate. Ma queste condizioni ordinariamente non sono presenti nei casi che reclamano l'operazione. Quando le ovaie sono degenerate o aderenti, per la posizione profonda che occupano non è facile isolarle dai tessuti adiacenti ed afferrarle facendo le necessarie legature; e quando l'operazione si fa nei casi di tumori dell'utero, questi tumori ingombrano molto la via e possono impedire il facile accesso all'ovaia dell'uno o dell'altro lato.

L'operazione di Battey, come è stata definita da lui stesso (e sembra che non vi sia motivo di modificare questa definizione) è « il rimedio efficace di certe malattie incurabili con altri metodi »; perciò le malattie a cui si deve applicare hanno dovuto essere già trattate indarno con altri metodi di cura.

Le obbiezioni all'operazione sono serie e son tali che è appena probabile se ne faccia abuso in avvenire, giacchè dopo di essa l'inferma, come è naturale, non può divenir madre, benchè non sembri che, come si obbiettò a principio, l'operazione renda l'operata inadatta ai doveri maritali.

Nel maggior numero dei casi finora operati la mestruazione era dolorosa, o difficile, o l'una e l'altra ed accompagnata da altri gravi e molesti sintomi e molte volte era una conghiettura che le ovaie fossero realmente sede di malattia.

Rapporto a questa classe di casi, le decisioni future sull'esecuzione dell'operazione dipenderanno dalla curabilità o no del disturbo o difficoltà mestruale. È stato già detto che, secondo tutte le probabilità, l'organo più alterato in alcuni dei casi riferiti era l'utero invece dell'ovaia ed è da credere che nella maggior parte di questi casi « uterini » l'operazione non sarà dimostrata necessaria quando una maggiore attenzione ed il tempo avranno potuto procurare la guarigione del disturbo uterino. È vero che in alcuni di questi casi la malattia, colla sua lunga durata e cronicità, è virtualmente incurabile. Allora è utile eseguire l'operazione di Battey.

Vi sono due metodi per eseguire l'operazione di Battey, dalla vagina, o nel modo ordinario, come nell'ovariotomia, dall'addome: sembra vi sieno tutte le ragioni per credere che il metodo vaginale, come che sia stato eseguito con buon esito, in avvenire non sarà adottato su vasta scala (veggasi « Operazione dell'ovariotomia » in uno dei capitoli seguenti).

CAPITOLO XLVII.

MALATTIE DELLE OVAIE — (*continuazione*).

TUMORI CISTICI E DI ALTRO GENERE DELLE OVAIE E DEI LIGAMENTI LARGHI. — PATOLOGIA.

AFFEZIONI CISTICHE DELL'OVAIA E DEI LIGAMENTI LARGHI — Cisti idatiche—Cisti dei ligamenti larghi (Cisti Wolffiane) — VERE CISTI OVARICHE — Note generali — Origine — Varietà e disposizione, semplice, secondaria, terziaria, multipla, composta — Tumore cisto-sarcomatoso, alveolare, adenoide, o glandolare — Cisto-carcinoma, dermoide — Forma e consistenza delle cisti — Loro rivestimento e contenuto — Cisti dermoidi: natura e struttura — Tumori ovarici multipli e complessi: struttura e contenuto — Enumerazione dei tumori solidi dell'ovaia — Storia naturale dei tumori ovarici e idropisia ovarica, che servono come dati per la prognosi e per la cura—Modo con cui si spegne la vita — Complicazioni colla gravidanza.

Le *affezioni cistiche delle ovaie e dei ligamenti larghi* hanno la massima importanza. I loro effetti sono spesso gravissimi, la loro diagnosi sovente è molto difficile e non prima di pochi anni dietro la scienza ha potuto discorrerne in un modo sodisfacente. Per ragioni cliniche le affezioni cistiche delle ovaie e dei ligamenti larghi saranno trattate le une a fianco delle altre, ma sono, com'è naturale, essenzialmente diverse per natura ed origine.

Dobbiamo occuparci successivamente:

Delle cisti idatiche.

Delle cisti del ligamento largo, talvolta chiamate cisti Wolffiane.

Delle vere cisti ovariche, di cui vi sono parecchie varietà, incluse le cisti che s'incontrano nella cosiddetta « idropisia ovarica », le « cisti dermoidi », ecc.

Le *cisti idatiche* talvolta si trovano alla superficie esterna delle ovaie, o attaccate al peritoneo delle vicinanze. Il volume di queste cisti forse non oltrepassa mai quello di una grossa arancia. Hanno l'ordinario carattere delle cisti idatiche, che trovansi in altri punti del corpo. Esse, forse quasi sempre, hanno origine nel fegato; escono da un tumore idatico del fegato che le contiene e passano nella cavità peritoneale.

Cisti del ligamento largo (cisti Wolffiane). — La formazione di grandi cisti sulla superficie del ligamento largo, in perfetta connes-

sione coll'ovaia, è ben dimostrata. Queste cisti ordinariamente sono uniche e semplici. Probabilmente hanno origine nei tubolini o corpi terminali simili a cisti (veggasi *f b i* nella fig. 178 da Kobelt), trovati vicino alle fimbrie delle trombe Falloppiane e chiuse nell'ovaia. Gli elementi in cui hanno origine sono i residui dei tuboli del corpo Wolffiano. Le cisti dei ligamenti larghi di raro raggiungono un volume che oltrepassa quello di un'arancia, il loro corso per lo più è molto lento ed il disturbo che producono perciò non è grande. Di

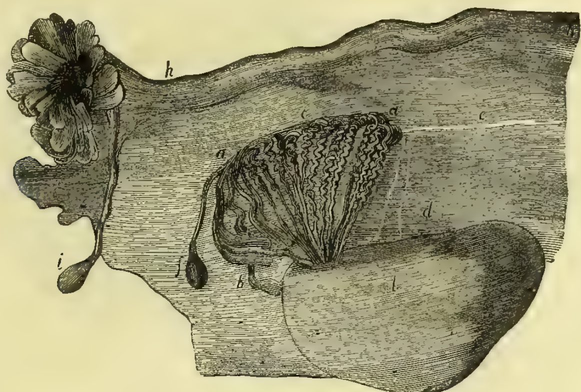


Fig. 178 [1].

quando in quando, però, acquistano un gran volume. Spencer Wells [2] ricorda un caso in cui la cisti era di una grandezza doppia di quella del capo di un adulto. Fu tolta da un' inferma di 20 anni. Il Dr. Wynn Williams presentò alla *Società Ostetrica* [3] una cisti grandissima ed unica, asportata in parte durante la vita per la via dell'addome e che mi fu mandata per esaminarla. Era una grande cisti, semplice, che avea 24 pollici di circonferenza e conclusi che avea avuto origine nel ligamento largo. Le pareti della cisti erano grosse 3[16 di pollice, aveano subito processi flogistici e relativo ingrossamento ed in sopra erano divenute aderenti al diaframma. L'addome in questo ultimo caso andò aumentando per parecchi anni. Io stesso ho asportato con buon esito, eseguendo l'ovariotomia, una cisti grande quanto questa ultima e mi sembrò della medesima natura. L' inferma aveva avuto figli ed era di 50 anni. Il tumore in questo caso durava da quattro anni. In un altro caso asportai, con un vero grosso tumore ovarico, due di queste cisti, una delle quali della grandezza di una noce.

L'*età* in cui si formano colla maggior frequenza è fra i 20 ed i 40 anni.

---

[1] La fig. 178 (da Kobelt) rappresenta il parovario colle sue cisti terminali.
[2] *On Diseases of the Ovaries*, vol. i. p. 239.
[3] Veggasi *Obst. Trans.* vol. viii per il 1866.

CISTI OVARICHE (VERE).

Le cisti ovariche si presentano di tutte le grandezze, da quelle microscopiche a quelle tanto voluminose da distendere l'addome ad un grado massimo.



Fig. 179 [1].

Può ammalarsi un'ovaia sola; talvolta sono ammalate amendue.

Talfiata si presentano uniche; nella maggior parte dei casi, però, quando nell'ovaia si sviluppa una malattia cistica generalmente si trovano parecchie cisti.

Esse contengono liquido o sostanza semiliquida o simile a gelatina, o insieme a questo liquido un tumore più o meno solido e resistente. Esse ponno subire, come altri tessuti, cangiamenti flogistici, che dànno luogo a formazione di pus, a false membrane, ecc.

In molti casi le cisti ovariche evidentemente non sono più grosse e più ipertrofiche dei follicoli Graafiani idropici, come si vedono nella fig. 179.

Rokitansky ed alcuni successivi osservatori sono anche riusciti a trovare ovuli in alcune di queste cisti, dando così una prova dimostrativa della loro natura. Il follicolo, per una qualunque causa, non scoppia, o, se avviene lo scoppio, le sue pareti successivamente subiscono certi cangiamenti morbosi, il cui risultato è la continuazione di sviluppo della cisti e l'accumulazione di liquido nella sua cavità. In tal modo hanno origine cisti multiple e semplici dell'ovaia secondo che uno o più follicoli vanno soggetti al processo morboso. Noi possiamo immaginarci questa ipertrofia dei follicoli di Graaf

---

[1] La fig. 179 mostra la sezione di un'ovaia coi follicoli di Graaf ingrossati da contenuto siero-sanguigno. (Metà della grandezza normale).

in qualsiasi periodo del loro sviluppo con proporzionate differenze nei risultati. Ammessa la teoria Graafiana dell'origine della cisti ovarica, è facile comprendere come si possa presentare ogni specie e varietà di essa. Una cisti cresce e nel suo sviluppo trasporta sovra

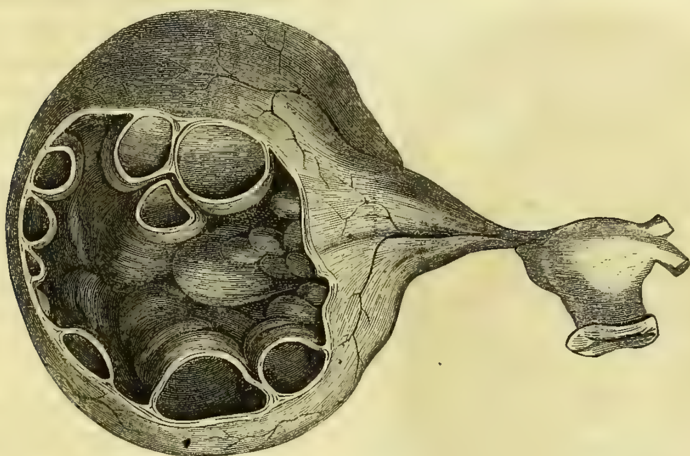


Fig. 180.

essa e nel suo interno porzioni di stroma ovarico in cui giacciono gli elementi dei futuri follicoli di Graaf. Questi patiscono la trasformazione cistica patologica e così si formano cisti, l'una nell'altra, quasi all' infinito.

Le variazioni nello sviluppo delle cisti producono anche differenze nello aspetto e nei rapporti del tumore in diversi periodi. Così una cisti « semplice » può conservare la sua integrità per molti anni, senza che vi partecipi il resto della ovaia, o partecipando a stento, per dir così, alla trasformazione cistica; o le cisti primarie possono rapidamente incrociarsi sull'ovaia e riempirsi di cisti secondarie. Ciò che può seguire circa le prime e le seconde cisti può anche aver luogo fra le cisti secondarie e le terziarie.

Le principali *varietà di disposizione* sono le seguenti : —

A. Una grande cisti (semplice).

B. Una grande cisti nell' interno della quale si trovano parecchie altre più piccole (« secondarie ») e dentro queste ultime eziandio delle altre anche più piccole (« terziarie »); queste si chiamano anche tumori cistici « complessi » « proliferanti » (veggasi fig. 180 e 181, prese dal Dr. A. Farre).

C. Tre o quattro grandi cisti (« multiple » Farre) del tutto, o quasi, contemporaneamente sviluppate e che possono contenere cisti secondarie.

D. Un tumore cistico composto da una o più grandi cisti e insieme a queste una sostanza solida che pur essa contiene cisti — « tumori ovarici composti », « cistosarcoma » o « tumore adenoide alveolare » (Spencer Wells); « glandulare » (Wilson Fox). La fig. 182, presa da Cruveilhier e che mostra quello chiamato da lui e da altri patologi suoi predecessori, « cancro colloide », rappresenta un tumore ovarico di questo genere.



Fig. 181.

E. Il cancro si può trovare insieme alle cisti (« cisto-carcinoma »).

F. Una o più cisti contenenti peli, grasso, ecc. (« dermoidi »).

Nell'« idropisia ovarica» si hanno una o più grandi cisti contenenti liquido.

La *forma* delle cisti ovariche è ordinariamente rotonda quando sono uniche. Quando il tumore contiene due o più grandi cisti, in modo da occupare la maggior parte dell'addome, la forma della cisti o delle cisti è necessariamente determinata da quella delle pareti addominali.

La *consistenza e la grossezza delle pareti delle cisti* sono varie. La parete talvolta è molto sottile, massime nel caso di cisti uniche, o quando il tumore è principalmente costituito da una grande cisti: la superficie libera della maggior parte delle cisti è sottile. Ma le pareti cistiche hanno spesso una grossezza molto considerevole e sono soggette ad ingrossarsi per deposito che vi si fa dalla parte interna, il quale è il risultato dell' infiammazione o coagulazione del sangue stravasato, od è un deposito di grasso in forma di colesterina, o pure sono ingrossate dalla presenza di tumori che ora descriveremo. Nel caso di cisti semplici, le pareti sono generalmente divisibili in tre strati. L'esterno è il peritoneale, che è sottile e translucido. Il medio è di variabile grossezza, secondo l'età della cisti ed altre circostanze; in generale è uno strato solido, fibroso, che dà forza e consistenza alla cisti. Lo strato medio contiene i vasi sanguigni della cisti, che spesso sono molto numerosi e ponno essere grossi quanto un cannello di penna. Può avvenire un'emorragia mortale nell'operazione della paracentesi, dai vasi feriti. Lo strato

interno è uno strato di cellule, generalmente sferoidali, talvolta cilindriche (veggasi fig. 183); l'epitelio può essere disposto in un solo strato, ma molto spesso è in parecchi strati. Il carattere della co-



Fig. 182 [1].

vertura interna varia nei diversi punti e secondo che altri cangiamenti — flogistici, ecc. — li hanno passionati.

Il *contenuto delle cisti ovariche* è soggetto a grandi variazioni. Alcune cisti che contengono peli, grasso, denti, ecc. formano una



Fig. 183 [2].

classe a parte, che ora descriveremo (cisti dermoidi). Il contenuto delle cisti più comuni è per la maggior parte liquido, ma molto spesso hanno una consistenza più simile a quella della melassa e pos-

---

[1] La fig. 182, presa da Cruveilhier e Farre, è un bello esempio di tumore alveolare o glandulare, una volta chiamato cancro colloide.

[2] La fig. 183 rappresenta le cellule epiteliali dell' interno di una cisti ovarica ordinaria: A. di una piccolissima cisti: * le stesse dopo aggiuntovi acido acetico; B. dalla superficie di una cisti contenuta in un'altra.

siamo vedere tutte le gradazioni da un liquido limpido ad una massa densa somigliante a muco. Varia moltissimo il colore. Nella maggior parte dei casi le grandi cisti contengono un liquido sieroso semplice, leggermente giallo e trasparente; quando vi sono molte cisti non è raro vedere il contenuto delle due cisti non perfettamente identico. Non molto di raro il sangue è stravasato nelle cavità delle cisti ovariche, e le trasformazioni che subisce il sangue dànno origine ad aspetti speciali ed allora il contenuto assume varie gradazioni di colore scuro. Vi ponno essere fiocchi di sostanza fibrinosa insieme al liquido, o il contenuto della cisti può essere chiaramente puriforme. In alcuni casi vi ha una mescolanza di elementi adiposi degenerati. La consistenza del contenuto è speciale. In quasi tutti i casi vi è un notevole stato viscido, e il contenuto delle cisti ovariche talvolta è così tenace che tutta la massa, quando si cava fuori, si mantiene quasi inseparabilmente unita. La costituzione chimica dei liquidi delle cisti ovariche è la seguente: —

Materie solide . . .	58 per 1000	(media di 31	analisi)
Albumina pura . .	43 » 1000	»	26 »
Sali	7 » 1000	»	25 »
Materie grasse e fibrina in piccole quantità.			

Le precedenti cifre contengono i risultati di analisi fatte da Becquerel del contenuto delle cisti ovariche preso da dieci inferme. Qui sopra è segnata la sola media, ma vi fu una scala molto larga nelle proporzioni dei diversi costituenti nei diversi casi. Così le cifre che rappresentano le quantità più alte e più basse delle materie solide furono 101 e 21; le più alte e le più basse per l'albumina furono 90 e 17; per i sali 10 e 1 $^1/_2$. Questi risultati sono tolti da una tavola che trovasi nella traduzione del Kiwisch fatta da Clay e che fu fornita a Clay da Becquerel.

In un elaborato lavoro del Dr. Wilson Fox [1] si trova una relazione delle analisi qualitative del contenuto delle cisti ovariche. « Il loro risultato tende a dimostrare », crede il Dr. Fox, « che in questi liquidi vi sia una considerevole differenza per il contenuto a seconda che provengono dalle diverse cisti. In tutti, le reazioni ottenute sono più affini a quelle modificazioni della albumina scoverte dal Professore Scherer e chiamate da lui metalbumina e paralbumina, che a qualunque altro degli elementi delle serie finora isolati ». La reazione fu sempre alcalina, non vi fu precipitato coll'acido acetico, cosa che distingue questi liquidi dal muco. Waldeyer, Koeberlé e Thornton ritengono che il liquido ovarico sia ordinariamente qualificato e distinto per il suo contenuto di paralbumina, la quale sostanza si separa riscaldando il liquido ed è sciolta

---

[1] *Med. Chir. Trans.* vol. xivii. p. 272.

dall'acido acetico concentrato bollente. Il Dr. Drysdale (Filadelfia) ritiene che il liquido ovarico sia caratterizzato dalla presenza di ciò che egli chiama « cellula ovarica granulosa ». Questa cellula è un corpo albuminoide contenente poche particelle adipose che gli dànno un aspetto granuloso. La cellula ovarica subisce poca alterazione coll'acido acetico. Il Dr. Drysdale dà queste notizie come risultato di numerosissime osservazioni [1].

Sembra che soltanto le cellule « ovariche » di Drysdale possano essere osservate quando i tumori ovarici sono semplici o benigni. Ma, quando i tumori sono di natura maligna, nel liquido si possono osservare altre cellule; e l'esame del liquido peritoneale nei casi di tumore ovarico maligno fa vedere cellule speciali che indicherebbero la non semplice natura del tumore. Thornton [2] ed il Dr. Foulis [3], all' insaputa l'uno dell'altro, hanno fatto questa osservazione. Queste cellule « maligne » sono grosse, della forma di una pera, rotonde od ovali, contengono una sostanza granulosa con uno o più grossi nuclei, con nucleoli e globuli trasparenti. Il Dr. Foulis ritiene che la presenza di masse di epitelio germogliante indica che vi ha peritonite maligna, massime quando trovansi in gran numero nel liquido ascitico sanguigno. Prognosticamente sembra che abbiano un significato più grave quando queste speciali cellule sono contenute nel liquido peritoneale, che quando provengono dall'interno della cisti. Il Dr. Emmet, paragonando le asserzioni di varii osservatori, conclude che i tumori ovarici maligni sono più comuni qui che in America.

Un fatto importante da dover qui notare è che non solo le stesse cisti non hanno in tutte le epoche identico contenuto, ma la stessa cisti punta in diversi periodi può dare fuori liquidi che hanno vario grado di consistenza.

CISTI DERMOIDI DELL'OVAIA, CONTENENTI GRASSO, PELI, DENTI, OSSA, ECC.

Queste cisti costituiscono una classe ben caratterizzata e distinta, non per la loro forma, ma per la natura del loro contenuto. Non si osservano frequentemente. La parola « dermoide » è stata ad esse applicata per la natura del loro contenuto, essendo di carattere epidermico. La grandezza varia da quella di un acino di miglio ad una di parecchi pollici di diametro. Ordinariamente si trova nelle cisti una covertura composta di una sostanza simile a vera cute, nella

---

[1] *Trans. Amer. Gyn. Soc.* vol. i. p. 195.
[2] *Brit. Med. Journ.* Sept. 7, 1878.
[3] *Ibid.* July 20, 1878.

quale si possono scoprire elementi identici a quelli della vera pelle, cioè papille, follicoli sebacei, e bulbi piliferi insieme a glandole del sudore. Il contenuto di queste cisti è formato da masse di grasso miste a peli, i quali sono aggomitolati, e da denti con lamine ossee; di tutti questi elementi vi si trovano alcuni o tutti. Ma, una a questi prodotti, i quali han fatto dare il nome di « dermoidi » a questa va-



Fig. 184 [1].

rietà di cisti, spesso contengono liquido, sostanza gelatinosa e tumori glandolari come si trovano in altre specie di cisti ovariche. Quando la cisti è stata la sede di cangiamenti flogistici, vi si può trovare pus. Si osservano in tutte le età, nelle fanciulle, nelle donne adulte e dopo che è passato il periodo di attività sessuale. Rispetto alle altre cisti ovariche sono rare; sembra che prima della pubertà si sieno osservate più spesso di altri tumori cistici ovarici.

La natura precisa di questi singolari tumori è stata un soggetto di controversia. Sembra certo che abbiano origine nei follicoli di Graaf. La presenza di peli, di denti e di ossa naturalmente suggerì l'idea che la cisti fosse un prodotto della generazione, fino a che non si seppe che esse si formano del tutto indipendentemente

[1] La fig. 184, da Cruveilhier, presenta una cisti dermoide col suo contenuto, consistente di peli, follicoli piliferi, tessuto adiposo, ecc.

dal fatto della fecondazione. In un elaborato lavoro su questo argomento [1] il Dr. Julius Panly dice: « La teoria più generalmente accettata attribuisce il loro sviluppo ad un processo di separazione per strozzamento che avviene durante lo sviluppo embrionale, come Remak ritiene per il colesteatoma e Thiersch per le cisti dermoidi » — similmente alla formazione di cisti dermoidi sottocutanee per semplice invaginamento della pelle e strozzamento dei sacchi di epidermide da cui si formano i futuri follicoli piliferi, colla differenza che nelle cisti ovariche dermoidi profondamente situate si deve tener calcolo della chiusura dell'addome ».

Questa teoria implica l'origine *congenita* delle cisti dermoidi dell'ovaia. I germi del tumore esistono fin dalla nascita, ma la pubertà o il matrimonio producono in molti casi almeno lo *sviluppo* dei tumori. Le *età* in 103 casi furono le seguenti: —

1-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	oltre 70
4	3	10	8	12	14	10	11	8	10	5	3	1	2	2.

Da *pochi* casi ricordati sembra probabile che queste cisti dermoidi non di raro sieno associate ad uno stato più o meno imperfetto di sviluppo degli organi sessuali.

Waldeyer ha dato la seguente teoria: « Le cellule epiteliali dell'ovaia giusta l'ordinaria proliferazione possono dare prodotti differentemente formati da quelli che per lo più si trovano durante la divisione delle cellule, quando le cellule figlie portano sempre lo stesso carattere delle madri. Questa virtù, speciale all'epitelio dell'ovaia, si rende comprensibile per il fatto che tutto l'epitelio ovarico si deve ritenere composto di cellule germinali non sviluppate, o di uova non sviluppate. Se ha luogo nel modo solito una proliferazione dello epitelio ovarico profondamente situato, nella maggior parte dei casi ne risulterà un mixocistoma (cisti colloide); mentre, se là detta proliferazione è accompagnata da una deviazione dei prodotti di sviluppo, si formerà una cisti dermoide ».

Il Dr. Barnes afferma che le cisti dermoidi ordinariamente sono eccitate ad un'attività di cattiva natura sotto l'influenza della gravidanza e del parto, mentre stavano inerti e forse non conosciute da anni. Egli riferisce quattro casi; in due di questi le cisti non furono scoverte se non dopo il parto, quando amendue suppurarono.

Il Dr. Mundé [2] narra un caso simile. La cisti suppurante fu osservata diciassette mesi dopo un parto; colle materie annesse vennero fuori *peli*. Vi era un tumore duro dietro l'utero che penetrava nella vagina.

---

[1] Trans. in *Amer. Journ. of Obst.* vol. viii, p. 401.
[2] *Amer. Journ. of Obst.* vol. xi. p. 578.

L'esatta relazione dell'anatomia di queste cisti fatta da Steinlin [1], che mostra la presenza di un elemento simile a pelle nella cisti, ha spiegato perchè la cisti contenesse appendici cutanee, cioè peli, sostanza sebacea e denti. Il Dr. Ritchie [2] espresse l'opinione che ogni cisti dermoide dell'ovaia sia realmente un uovo che ha subito un certo grado di sviluppo; questo è un tentativo anormale di partenogenesi.

Le cisti dermoidi dell'ovaia generalmente hanno un corso lento. Possono infiammarsi, suppurare ed ulcerarsi ed il risultato di tali alterazioni può essere la morte. In alcuni casi le cisti si sono rotte nel peritoneo, in alcuni altri si sono ulcerate e messe in comunicazione colla vescica, in modo che l'inferma emette peli, ecc. insieme all'urina.

TUMORI OVARICI COMPLESSI O COMPOSTI.

Gli elementi *in parte solidi, in parte cistici*, trovati in molti tumori ovarici e per i quali il nome conveniente è di « complessi » o « composti » costituiranno ora l'argomento del nostro discorso.

In questi ultimi anni la formazione di una sostanza contenente cisti e circondata da queste ed avente una grande somiglianza col tessuto glandolare mammario, ha richiamato l'attenzione. Fu chiamata « sarcoma cistico » dai primi scrittori. Spencer Wells [3] propose di chiamarla « tumore adenoide » o « adenoma » dell'ovaia. Egli lo descrisse come « identico per struttura ai tumori adenoidi descritti la prima volta a proposito della glandola mammaria » e consistente di « un delicato stroma fibroso, che forma alveoli ovali o rotondi, questi ultimi rivestiti da cellule epiteliali densamente aggruppate, le quali formano una zona che circoscrive un'area riempita di elementi cellulari di natura simile ma non addossate le une alle altre ».

Un'altra varietà dei tumori dell'ovaia in parte solidi ed in parte cistici è quella conosciuta finora col nome di alterazione « alveolare o « pseudo-colloide » dell'ovaia. Per qualche tempo fu ritenuta per carcinoma della varietà colloidea, ma oggi questa teoria è completamente abbandonata. La superficie di sezione di tale tumore rassomiglia, come osserva il Dr. Farre [4], il quale l'ha ben descritto, ad una « fina spugna, i cui spazii alveolari sono condensati e in certo modo schiacciati, a causa della ricchissima produzione di al-

---

[1] *Zeitsch. f. nat. Med.* Band ix.
[2] *Ovarian Physiology and Pathology.* London, 1865, p. 175.
[3] Relazione alla *Pathological Society* nei *Med. Times and Gaz.* Oct. 1862. Veggasi anche: *On Diseases of the ovaries*, vol. i. p. 122.
[4] *Loc. cit.* p. 592.

veoli » (veggasi fig. 182). « Queste cisti sono piene di una sostanza viscida come muco, e somigliante a gelatina semiliquida». Alla sezione la massa somiglia talvolta ad un favo di miele. Rispetto alla natura di questi tumori adenomatosi ed alveolari diremo ora qualche altra cosa.

Il *cancro cistoide* costituisce un altro tumore complesso. Qui si notano le più ordinarie cisti insieme al cancro midollare ; gli elementi cancerigni invadono lo stroma dell'ovaia ed invadono, similmente a ciò che avviene nei tumori cancerigni di altre parti del corpo, i tessuti adiacenti l'un dopo l'altro. Appunto come ha luogo nei due gruppi precedenti, la quantità di sostanza solida nel tumore cistico varia nei diversi casi e nelle diverse fasi dello stesso caso. Nei casi di cancro cistoide il tumore — semi solido, o quasi solido al tatto da un lato, più o meno liquido dall'altro, che presenta spesso sporgenze rotonde alla sua superficie — può crescere con grande rapidità e tutto il tumore può essere di considerevole volume. Le cisti possono contrarre adesioni colle parti circostanti di natura più vascolare del solito. In un caso da me operato queste adesioni quando furono rotte dettero sangue in larghissima copia.

La natura degli elementi *adenomatosi* o *glandolari* ed alveolari ed i loro rapporti coi tumori cistici e cistoidi dell'ovaia, sono stati, con somma attenzione e perfezione, studiati dal Professor Wilson Fox. Il risultato delle sue ricerche è esposto in un lavoro inserito nelle « *Medico-Chirurgical Transactions* » [1] del 1864 e le sue conclusioni, per se stesse dimostrative, furono confermate dagli osservatori successivi [2].

Sembra necessario (secondo il Dr. Fox) ritornare al primitivo sviluppo dell'ovaia e del suo contenuto per giungere ad una spiegazione della struttura di questi tumori cistici. Le osservazioni di Pflüger [3] sullo sviluppo dell'ovaia nella vitella e nella gatta mostrano che i follicoli di Graaf cominciano in questi animali come *tubi*, che si restringono in varii punti per formare i follicoli separati. Il Dr. Wilson Fox ha trovato l'ovaia umana contenente tuboli nella prima vita embrionale o elementi quasi tubolari intimamente implicati nella produzione del follicolo di Graaf. Ora il Dr. Fox ha mostrato che in molti tumori cistici dell'ovaia si nota una struttura di natura tubolare, mentre hanno luogo cangiamenti analoghi a quelli osservati da Pflüger nello sviluppo dei follicoli di Graaf di alcuni animali, cioè formazione di tubi, o glandole e restringimento di questi tubi in certi punti, uno dei cui effetti è la formazione di cavità o di

[1] « On the Origin, Structure, and Mode of Development of the Cystic Tumours of the Ovary », vol. xlvii. p. 227.
[2] Dr. Braxton Hicks, Mr. Hulke.
[3] *Ueber die Eierstöcke der Säugethiere und des Menschen*, 1863.

cisti nell'interno di questo tessuto glandolare. Sembra che Billroth, da osservazioni fatte nella glandola tiroide, sia giunto alla conclusione — « brillante » come la chiama Fox — che elementi tubolari simili si dovrebbero trovare nei tumori ovarici cistici. Il Dr. Fox ha dato la prova sperimentale di ciò. Egli crede che « questi tumori dell'ovaia (contenenti elementi glandolari) debbano essere annoverati fra quelli che hanno origine in altri organi glandolari, per un'anormale ripetizione del processo di sviluppo osservato nello stato fetale, ricorrente nell'adulto con aberrazione » [1].

Le conseguenze tratte dal Dr. Fox si fondano sull'esame di 15 casi di tumore ovarico, in nove dei quali potette scovrire la formazione di cisti secondarie dall'elemento tubolare o glandolare entro cavità che sembravano essere state follicoli di Graaf.

Ecco un breve riassunto della relazione del Dr. Fox: —

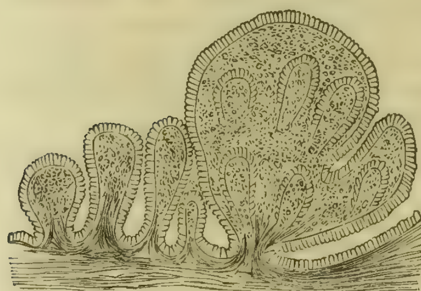


Fig. 185.

La *covertura* delle cisti madri ordinariamente mostra epitelio sferoidale in uno o più strati.— I tumori che partono dalle pareti interne sono descritti dal Dr. Fox come «papillari» « villosi », o « glandolari », i quali nomi indicano le note fisiche dei tumori.

I tumori papillari, come sono raffigurati dal Dr. Fox (veggasi fig. 185) sono composti di processi di stroma ialino delicato, coverti di epitelio, sferoidale o cilindrico, e tendenti a formare grandi masse composte per ripetizione dello stesso processo di neoformazione nei lati di quelli già formatisi. La superficie dei tumori è finamente villosa, sono molto vascolari, e possono raggiungere un considerevole volume. Sono solidi, ma alcuni adiacenti spesso crescono insieme e così vengono formati fra loro spazii in forma di cripte. In tal modo hanno origine cisti « secondarie » e *nelle cisti secondarie* si sviluppano altri tumori. Al tempo stesso, la cisti originaria cresce anche essa, come è naturale, e nell'interno hanno luogo secrezioni. Il Dr. Fox ritiene che la formazione di cisti secondarie, *così* descritte, non avvenga in gran numero.

Tumori « villosi e glandolari ». — Il primo periodo nella formazione dei tumori « glandolari », è costituito da fini processi « villosi ». I villi contengono scarsissimo stroma, diversi in ciò dai tumori papillari testè descritti; essi son poco più che un gomitolo di

[1] *Med.-Chir. Trans.* vol. xlvii. p. 275.

vasi mantenuti insieme da tessuto connettivo e sono coverti da parecchi strati di epitelio di forma cilindrica. Quando sono strettamente tenuti insieme dànno luogo alla formazione di elementi glandolari.

L'elevazione ed allungamento dei villi mette capo alla formazione



Fig. 186.

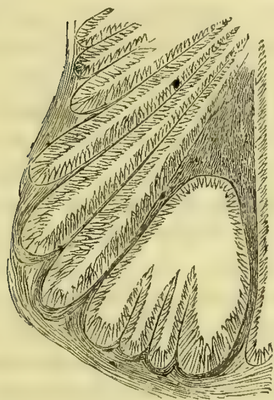


Fig. 187.

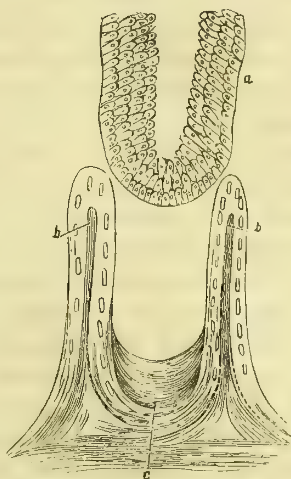


Fig. 188 [1].

di depressioni corrispondenti fra di loro, in sopra si sviluppa lo stroma e circonda le suddette fosse o cavità, per cui si formano serie di spazii tubolari. Il primo periodo si osserva nella fig. 186 (da Fox) e l'ultimo nella fig. 187. Le glandole così formate hanno il diametro di $^1/_{100}$ ad $^1/_{400}$ di pollice; sono rivestite da parecchi strati di epitelio. Alla base di ciascun tubo si possono formare altri tumori costituiti da villi. Nel risultante tessuto glandulare si formano *cisti* nel modo seguente: l'orificio si può chiudere per accollamento delle pareti opposte, come vedesi nella fig. 187, o perchè si sviluppino setti attraverso il tubo, o perchè lo stroma realmente cresca sopra e circondi una cisti già formata nella cisti madre, uno dei cui risultati è la formazione di un tumore complesso, e le glandole e le masse glandolari possono trovarsi sporgenti attraverso lo stroma

[1] La fig. 188 (da Fox) mostra l'epitelio diviso da papille.

o anche annicchiate in questo. Il processo della formazione cistica in questi elementi glandolari si può ripetere all'infinito.

Una glandola chiusa e divisa da setti si cangia così in una cavità con elementi ad evidenza alveolari. Alcuni degli spazii alveolari nell'ovaia vanno soggetti ad una specie di tale alterazione, ma in generale questi spazii alveolari contengono la stessa covertura delle glandole da cui hanno origine e la stessa tendenza ad altre e nuove formazioni di glandole. La descrizione anatomica del Dr. Fox si accorda con quella di Rokitansky, di Virchow, e di Förster, ma la sua opinione circa l'origine di questi elementi alveolari è nuova e diversa.

Quando lo stroma si sviluppa in modo esagerato si ha un denso tessuto intersecato da alveoli — stato descritto da Spencer Wells col nome di « adenoma ».

Su quindici tumori ovarici, che furono esaminati, in nove ebbero origine dalle formazioni descritte dal Dr. Fox le cisti secondarie e tutte le successive varietà di queste alterazioni.

Un altro modo di sviluppo di cisti con follicoli Graafiani fu osservato in pochi casi, cioè un tumore di glandole sovrapposte l'una all'altra in virtù di un processo simile a quello del germogliamento. Questo processo si è osservato simultaneamente all'altro modo sopra descritto. Dall'addensamento intimo di un certo numero di queste cisti dalle pareti sottili può derivarne formazione di alveoli.

Le conclusioni del Dr. Fox implicano l'origine di queste varietà di malattia ovarica dall'interno dei follicoli di Graaf — sviluppati bene o imperfettamente — ed egli spiegherebbe allo stesso modo la origine delle cisti dermoidi, come che egli non abbia realmente avuto l'opportunità di esaminare questi ultimi elementi.

Il Dr. Ritchie [1] si sforzò di dimostrare che l'uovo stesso si sviluppa in una maniera irregolare e dà origine ad alcune delle forme di malattia ovarica. Il Dr. Fox non divide queste opinioni.

Ponno aver luogo processi patologici in questi tumori complessi o composti. La cisti esterna o madre si può rompere alla superficie, il contenuto esce fuori ed il tumore protubera di nuovo, e i setti dell'interno patiscono la degenerazione grassa. Dentro le cisti possono avvenire emorragie, infiammazione, suppurazione, ecc.

TUMORI SOLIDI DELL'OVAIA.

Seguendo la classificazione di Kiwisch, questi tumori si ponno aggruppare nel modo seguente: 1. Ipertrofia; 2. Cisti adipose (dermoidi); 3. Apoplessie dell'ovaia; 4. Fibromi; 5. Encondromi; 6. Cancro. A questi si può aggiungere 7 il tubercolo.

---

[1] *Op. cit.* p. 197.

Il tumore costituito da semplice ipertrofia dell'ovaia non raggiunge un considerevole volume, forse non oltrepassa quello di un uovo di colombo. Vi è un importante caso, però, ricordato dal Dr. Bright, in cui entrambe le ovaie furono trovate, dopo morte, ingrossate quasi egualmente e ciascuna costituiva un tumore carnoso e resistente, il cui diametro più lungo era di sei pollici e della forma del rene. Furono tolti da un'inferma che avea avuto figli e che avea passato il periodo della vita mestruale. Avea avuto dolore riferibile all'utero, sopra la regione pubica era stata percettibile una sostanza dura e vi era stata una considerevole difficoltà nell'atto dell'urinare. Morì, molto emaciata, e dopo avere avuto itterizia ed ascite. I tumori non erano di natura maligna [1].

Abbiamo già parlato delle *cisti dermoidi* a pag. 641.

Le *apoplessie dell'ovaia* sono costituite da esagerato versamento di sangue e coagulazione dello stesso, nei follicoli di Graaf, o da emorragie in tessuti patologici di varie specie, come cisti, o negl'interstizii di tumori cancerigni o colloidi. Nel primo caso i tumori prodotti dal versamento emorragico sono di estensione molto limitata; nell'ultimo possono essere di considerevole grandezza.

Nell'ovaia si osservano *fibromi*, sotto molti aspetti somiglianti a quelli che si sviluppano così spesso nelle pareti dell'utero; ma un fibroma distinto, indipendente, peduncolato dell'ovaia è un prodotto patologico molto raro, giacchè molti casi riferiti quali casi di fibroma ovarico in realtà aveano un'origine uterina. I fibromi osservati insieme alla cisti dell'ovaia appartengono ad un'altra categoria e non sono tanto rari. I fibromi solidi indipendenti dall'ovaia talvolta si è visto che hanno subìto una trasformazione ossea e lo stesso fatto può incontrare in altri tumori fibrosi.

Rarissimamente si osserva *l'encondroma dell'ovaia.*

Il *cancro delle ovaie* costituisce una delle più importanti varietà di tumore solido. Si presenta sotto due forme, scirrosa e midollare; questa ultima è la più comune. Il cancro che si manifesta primariamente, come abbiamo già detto, è più spesso associato a cisti ovarica, che solo, ovvero può passionare secondariamente la cisti. La forma dura del cancro dell'ovaia non raggiunge un gran volume; non oltrepassa il volume di una testa di fanciullo ed ordinariamente è molto più piccolo. Il cancro delle ovaie si può osservare insieme al cancro delle parti adiacenti, cioè può propagarsi alle ovaie dall'utero o da altri organi e può passionare, più o meno, tutto il contenuto pelvico e, quando incontra ciò, può avere origine dall'ovaia o dagli organi adiacenti. Il vero cancro ovarico di gran volume è raro senza che vi sia alterazione simile nelle parti prossime

[1] *Clinical Memoirs on Abdominal Tumours* (New Syd. Soc's edition), p. 146.

ed anche rara è l'affezione carcinomatosa dell'ovaia non complicata a cisti dello stesso organo. L'ascite si accompagna molto spesso al cancro ovarico ed è un effetto di questo. Il Dottor Washington L. Atlee descrive quattro importanti casi di sarcoma dell'ovaia [1].

Caso I. — 30 anni di età; emorragia uterina, convulsioni, aborti, idropisia, anasarca; all'osservazione si presenta l'addome gravido a 6-7 mesi. Due tumori, uno per lato, amendue oblunghi, della forma del rene, duri nodulari, simili ad un fegato cirrotico, mobili; utero centrale normale. Diagnosi: morbo maligno di amendue le ovaje. Esito ignoto.

Caso II. — 32 anni; tre figli; per due mesi notò un tumore che si trovò essere ascite. Fu punto. Osservato due giorni dopo l'addome aveva il volume della gravidanza a termine. Diagnosi: tumore del lato destro compatto, a piccole cellule, multiloculare, con liquido peritoneale. Il tumore fu asportato; incisione di 6-7 pollici; forma di un rene ingrandito; peso 3 libbre, dimensioni 12 pollici per 6; duro, nodulare, per la maggior parte solido, conteneva alcune cisti. Il microscopio mostrò uno stroma fibroso, con cellule variamente conformate, contenenti globuli di grasso e cellule con sostanza granulosa, rotonde, oblunghe, od ovali con molti nuclei. Sembrava che fosse un fibrocarcinoma, secondo la descrizione di Rokitansky. La più rara forma di cancro dell'ovaia. L'inferma morì al 13° giorno.

Caso III. — 30 anni; due figli; la malattia cominciò quattro mesi prima. Tumore irregolarmente ovoide sopra dell'ombelico; duro, nodulare, come un fegato bernoccoluto, non vi era idropisia. Non incoraggiava all'operazione. Il Dr. Thomas più tardi operò: asportò entrambe le ovaie; salvò allora la vita all'inferma, che tre mesi dopo morì per tumore carcinomatoso dell'addome.

Caso IV. — 30 anni; tre figli; l'ultimo di 18 mesi; due mesi prima che fosse osservata si accorse di una massa nella regione inguinale destra; rapido aumento; sentì un tumore duro, nodulare: l'addome presentava il volume che ha a gestazione completa. Due mesi più tardi liquido nel peritoneo. Fu punto; estratti 13 litri; allora si sentirono col tatto due tumori molto duri, nodulari. Ovariotomia. Diagnosi precedente: malattia maligna delle ovaie. Furono tolte amendue le ovaie, i peduncoli furono legati ed abbandonati. L'esame microscopico del sacco presentò un moderato numero di cellule rotonde, ovali e fusiformi con grossi nuclei ovali, regolarmente formati e che per lo più contenevano nucleoli brillanti, molto simili, all'aspetto, al sarcoma con cellule fusiformi. La commissione, che lo esaminò, crede che i tumori siano appunto di questo genere.

La *tubercolosi dell'ovaia* talvolta si è osservata insieme all'affezione cistica delle ovaie, senza costituire un tumore definito, ma in forma di granulazioni sparse sulla faccia peritoneale della cisti.

STORIA NATURALE DEI TUMORI OVARICI E DELL'IDROPISIA OVARICA — DATI PER LA PROGNOSI E PER LA CURA.

Qui dobbiamo dedicare un breve spazio ad alcune osservazioni riguardanti la storia naturale dei tumori ovarici e dell'idropisia ova-

[1] *Gyn. Trans.* vol. ii.

rica, incluso il loro modo di sviluppo e durata, il pericolo di vita ed il modo come distruggono questa.

Il *raro fibroma dell'ovaia* generalmente ha uno sviluppo lento, ma alcuni tumori di questa natura di quando in quando crescono con rapidità. Quando tal tumore è di grande volume può meccanicamente essere causa di morte, opponendosi in qualche modo al debito esercizio delle funzioni degli organi vicini o producendo enorme distruzione ascitica. Questa ultima conseguenza secondaria può minacciare la vita dell'inferma.

Le affezioni dell'ovaia che hanno maggiore importanza sono quelle di natura *cistica* ed in cui la malattia è costituita dalla presenza di cisti nell'ovaia o di cisti e sostanze solide di varie specie.

Le *cisti* del ligamento largo si sviluppano lentamente, ma dopo alcuni anni possono acquistare un gran volume. Le *cisti dermoidi o adipose* presentano particolarità che rendono necessario uno studio distinto di esse. Il loro corso ordinariamente è lento; possono esistere per alcuni anni senza che il loro volume aumenti notevolmente, ma sembra che in qualsiasi epoca siano soggette a patire alterazioni di natura funesta per l'ammalata, cioè infiammazione, formazione di pus, perforazione e rottura. Il contenuto di queste cisti, cioè grasso, peli, denti o altre sostanze, passa nelle intestina, nel peritoneo o nella vescica e l'inferma può perire per gli effetti del male così provocato. Il risultato dell'iniezione di iodo nell'interno di una cisti di questo genere, in una ammalata che curava il Dr. Alex. R. Simpson, non incoraggia a seguire questo metodo per l'avvenire.

Le altre varietà di affezione cistica dell'ovaia (sulla cui enumerazione veggasi a pag. 634) hanno bisogno di essere trattate più diffusamente. Le variazioni relative al numero delle cisti che in un caso speciale presentano fatti patologici è grande: anche il loro contenuto varia. Una grande varietà notasi altresì sotto un altro aspetto, cioè nel progresso di ciò che sembra essere la stessa alterazione patologica in diverse circostanze. Questa grande variabilità è causa della estrema incertezza del nostro giudizio circa l'avvenire dei casi speciali.

Nei casi in cui vi ha *una semplice grande cisti* dell'ovaia, con contenuto liquido o semiliquido, il corso della malattia probabilmente sarà il seguente: la cisti aumenta di volume fino a che giunge ad occupare la maggior parte dell'addome, spingendo i visceri addominali in alto ed in dietro; l'aumento può essere rapido o lento; può rimanere nella pelvi o può abbandonare completamente questa cavità. La storia ulteriore di questa cisti varierà secondo che più cisti si sviluppino sotto, dentro o sopra essa o secondo che rimanga unica o no. Se non ha luogo altro sviluppo di cisti, questa grande

cisti primaria può aumentare di volume lentamente, o, giunta ad un certo grado di pienezza, può restare in uno stato d'immobilità e l' inferma può vivere parecchi anni, soffrendo principalmente per disturbi meccanici e molestie prodotti dal grande sviluppo dell'addome. Le pareti della cisti possono rompersi accidentalmente ed il contenuto versarsi nello addome o in qualcuno dei visceri adiacenti ed in queste circostanze l' inferma può essere uccisa da questo solo accidente. Avvenuta questa rottura, la cisti può crescere di nuovo per secrezione di altro liquido o può non seguire altra secrezione e aver luogo la guarigione. Il disturbo e la distensione, in una fase relativamente precoce della malattia, possono essere tali da reclamare un intervento chirurgico, per esempio la puntura, e, se questa si fa, può la cisti riempirsi di nuovo rapidissimamente dopo ogni puntura e l'inferma perisce per gli effetti delle copiose e continue perdite. In alcuni rari casi la malattia scomparve dopo una sola puntura.

L'aspetto del caso varierà eziandio secondo i rapporti del tumore. Così, se la cisti si fissa per adesione nella pelvi in un periodo precoce, le corrispondenti difficoltà meccaniche prodotte saranno maggiori di quando non vi sono adesioni e questa circostanza ha una importante relazione colla prognosi del caso, giacchè l'esistenza dell'ammalata, in tali circostanze, può essere prematuramente troncata dal disturbo della secrezione renale dovuto alla pressione sull'uretere, poichè questa pressione dà origine alla distensione dell' uretere e della pelvi renale. I disturbi funzionali degli altri visceri addominali sono identici nei casi di grandi cisti, vuoi che la cisti si prolunghi, vuoi che non si prolunghi fino alla pelvi.

Nel precedente riassunto abbiamo esposto le principali parvenze di una classe di casi che si ha occasione di osservare nella pratica e subito si scorge quanto sia variabilissimo il loro corso. È impossibile accertare positivamente quale sarà il corso avvenire di un dato caso, benchè l'anamnesi spesso fornisca efficace aiuto. Vi è una circostanza relativa a questi casi, su cui sembra che si sia rivolta meno attenzione di quella che si sarebbe dovuto, cioè la possibile influenza di una grande cisti già formata ad impedire lo sviluppo di nuove cisti. Alcune anomalie apparenti riguardo ai risultati dell'operazione della puntura nei casi di questo genere sono in parte spiegabili coll'ammettere che si può manifestare un'influenza di questa natura. La puntura in molti casi sembrò che accelerasse l'esito funesto; è certo che la malattia ha progredito molto più rapidamente dopo eseguita la puntura ed in un considerevole numero di casi. In alcuni di questi la morte dipende dalla rapidità con cui la cisti torna a riempirsi dopo di essere stata vuotata, ma in non pochi casi sembra che altre cisti entrino in attività, mentre forse sarebbero rimaste tranquille se non si fosse molestata la cisti principale.

Un elemento d'indole non sfavorevole nella prognosi di un caso in cui vi ha soltanto una grande cisti dell'ovaia è la rapidità con la quale questa cisti si riempie o torna a riempirsi dopo punta; il pericolo derivante da questa tendenza ad un nuovo riempimento è minore di un altro che devesi temere in un qualche momento avvenire, cioè l'entrata in attività e sviluppo di altre cisti e non si può mettere in dubbio, che, tranne una guarigione radicale, la limitazione della malattia ad una sola grande cisti è il migliore risultato che bisogna augurarsi. Una rapida occhiata ai fatti ricordati sembra giustificare la conclusione che la tendenza alla formazione cistica nell'ovaia spesso è temporanea, esaurendosi nella produzione di un'unica grande cisti. Così, supponendo che la tendenza a nuova formazione cistica sia stata arrestata in un dato caso, l'inferma meno probabilmente morirà per questa malattia. Essa può anche morire a causa delle continue perdite dell'organismo, cagionate dal continuo nuovo riempirsi ed evacuarsi di questa cisti, o per uno dei motivi già indicati. Ma a principio, e per un considerevole spazio di tempo, è sempre difficile dire se è avvenuta la sospensione di sviluppo sopra cennata.

Tumori cistici multipli. — Qui la tendenza alla formazione cistica non è, e può non essere dal principio, circoscritta come sopra abbiamo detto, ma vi ha una successiva produzione di cisti nell'interno, o sopra, o sotto di quelle formatesi per le prime. Le cisti ponno crescere con estrema rapidità e tutto l'addome può riempirsi molto rapidamente. Ciò può seguire o primariamente, per dir così, o essendovi state per un certo tempo una o due grandi cisti, l'addome in modo repentino ed allarmante viene invaso da una moltitudine di nuove formazioni. La prognosi dei casi del genere ora accennato è molto sfavorevole. È così triste, infatti, che il Dr. Bright aveva l'abitudine di dare la qualificazione di « maligni » a questi casi. L'uso di questa parola in questo modo può menare a false concezioni, giacchè la parola « maligno » oggi in generale si applica ai casi in cui vi ha realmente una produzione cancerigna. Nei casi di cui ora ci occupiamo, tranne in alcuni rarissimi, non vi sono affatto elementi cancerigni, e l'esito funesto dipende dall'ostacolo meccanico opposto dal tumore ovarico alle funzioni vitali. Quando troviamo un tumore ovarico in via di rapido sviluppo e possiamo convincerci che questo aumento di volume non dipende da semplice ingrossamento e distensione di una o due cisti, contenenti liquido e precedentemente esistenti, si tratta di un fatto molto minaccioso. Se il tumore diviene più irregolare al tatto, se la fluttuazione diviene dubbia mentre il tumore evidentemente ingrossa con rapidità, tutto ciò conferma la supposizione che il tumore sia la sede di una formazione cistica rapida e diffusa.

Tumori composti. — Un'altra classe di casi ora dobbiamo studiare, in cui vi ha formazione di una considerevole quantità di sostanza solida, una ad affezione cistica della ovaia, essendovi simultaneamente produzione di cisti e della sostanza solida suddetta. Tali casi sovente progrediscono con grande celerità e la loro prognosi è funesta, giacchè l'inferma generalmente è uccisa con una rapidità proporzionata a quella dell'aumento di volume del tumore. Talvolta incontransi casi nei quali, in un periodo molto avanzato della malattia, sembra che non abbia luogo nessun altro aumento di volume. In ultimo dobbiamo ricordare quei casi in cui l'ovaia, sia stata o no, precedentemente, sede di affezione cistica, è attaccata da *malattia cancerigna.* La prognosi in questi casi è quasi identica a quella del cancro di altre parti del corpo. La malattia denominata « cancro alveolare » o malattia pseudo-colloide, non è realmente cancro. Nel cancro ordinario delle ovaie, la prognosi è per necessità di trista indole, giacchè la malattia si propaga dai od agli organi adiacenti e subito uccide l'inferma; ma la diagnosi di questi casi molto spesso non si fa che durante l'operazione dell'ovariotomia.

La *maniera con cui uccide l'idropisia ovarica* varia estremamente nei diversi casi. Molte volte la morte avviene lentamente per esaurimento consecutivo alle ripetute perdite prodotte dalla puntura. Spesso si deve ad affezioni intercorrenti, leggiere, che ad una donna sana avrebbero cagionato poco disturbo. Così, quando è meccanicamente resa difficile la respirazione una lieve flogosi polmonare può subito provocare la morte. Nei casi avanzati, comuni della malattia, il disturbo meccanico delle funzioni dei grandi visceri, (cuore, fegato, reni (per pressione sugli ureteri), stomaco, ecc.) dà origine a varie alterazioni che direttamente o indirettamente rendono insufficiente la vitalità dell'inferma. Costretta a limitare il suo cibo, a limitare il moto, soggetta continuamente a nausee, a mal di stomaco, a perdita di sonno, a dolori e disturbi che sarebbe troppo lungo l'enumerare, l'inferma di malattia ovarica avanzata presenta un miserando spettacolo. Il suo stato è spesso deplorevolissimo, benchè tutti gli altri suoi organi sieno evidentemente sani e che, oltre l'affezione ovarica, non vi sia nessun altro male materiale.

L'ammalata può morire per rottura della cisti, per infiammazione della stessa; nelle cisti composte, per infiammazione e pioemia consecutiva al rammollimento e rottura dei setti che dividono le varie cisti. L'emorragia nella cavità cistica è un altro accidente che si può dare. Ciascuno di questi accidenti può cagionare la morte, ma può anche, e ciò avviene talvolta, produrre la guarigione. La rottura della cisti è un accidente non molto raro: la cisti può rompersi nella cavità peritoneale o in qualunque dei visceri adiacenti o può perforare la parete addominale. Questa rottura è spesso l'ef-

fetto di un colpo, di una caduta, o di un accidente di qualunque genere. Quando il liquido si versa nella cavità peritoneale, generalmente si manifesta un'estrema diuresi ed il volume dell'addome diminuisce. Questa rottura può ammazzare l'inferma, come già abbiamo notato, ma in pochi casi è stata seguita dalla guarigione. In certi rari casi il peduncolo del tumore si attorciglia e l'inferma muore per mortificazione del tumore [1].

Relazione dei tumori ovarici colla gravidanza. — Il processo della gestazione e del parto può essere accompagnato da difficoltà di natura meccanica; i tumori ovarici sembra che, talvolta, siano soggetti a patire, durante la gravidanza o immediatamente dopo il parto, un processo di rammollimento o flogistico, accompagnato da pericolo per la vita dell'inferma. Io ebbi conoscenza delle particolarità di un caso in cui una donna aveva partorito senza inconvenienti cinque figli, mentre aveva un grosso tumore cistico dell'ovaia; ma io so di un altro caso in cui l'inferma morì, a quanto sembra, per rottura di una cisti ovarica, breve tempo dopo il parto. Casi confermativi in questo senso sono stati raccolti e chiosati da Spencer Wells, dal Dr. Braxton Hicks e da altri [2]. Sembra che in molti casi, però, il parto subisca un'influenza non sfavorevole per la presenza di un tumore ovarico; ma, senza dubbio, non si può ritenere in modo assoluto che ciò avvenga sempre. I notevoli risultati ottenuti da Spencer Wells e da altri nell'operare l'estirpazione di questi tumori, mentre l'inferma è realmente incinta, e senza disturbare il corso della gravidanza, per necessità interessano qualunque considerazione d'indole prognostica riguardo a questi casi.

---

[1] Veggansi casi di questo genere nel *Year Book of New Syd. Soc.* 1869-70, riferiti da Lawson Tait, dal Dr. Kidd, e dal Dr. Barnes.
[2] *Obst. Trans.* vol. xi.

CAPITOLO XLVIII.

MALATTIE DELLE OVAIE (*continuazione*).

Diagnosi differenziale fra i tumori ovarici ed i tumori uterini. — Enumerazione delle varie forme di questi tumori — Modificazione della diagnosi durante la mestruazione — Questione della gravidanza — Modificazione della diagnosi a causa di altre particolarità — Storia, risultati dell'esame fisico, ecc. — Uso della sonda — Fluttuazione — Diagnosi dopo l'incisione esplorativa.

Diagnosi della natura di un tumore ovarico. — Enumerazione — Complicazioni — Durata — Stato della superficie — La puntura mezzo di Diagnosi.

DIAGNOSI DEI TUMORI OVARICI.

Bisogna confessare che la diagnosi della presenza e precisa natura di un tumore ovarico di quando in quando è circondata da estrema difficoltà. La maggior parte dei casi si riconosce facilmente, ma vi sono numerose eccezioni.

Nell'Appendice si troverà una descrizione del metodo da tenere nel fare un esame dell'addome allo scopo di appurare la natura di un supposto ingrossamento o tumore. Sarà necessario procedere a questo esame colla intenzione di scovrire se vi ha realmente un tumore. Quando si è assodato che vi è un tumore addominale ed, oltre a ciò, che questo tumore è *od ovarico od uterino*, dobbiamo stabilire a quale di queste due categorie appartiene.

Fra gli uterini abbiamo: la gravidanza, il polipo, il fibroma, la distensione dell'utero per accumulazione di liquido nella sua cavità (mestruale o di altra natura), la distensione dello stesso prodotta da gas, l'ascesso dell'utero, il carcinoma del fondo di questo organo ed il tumore fibrocistico.

Fra i tumori ovarici abbiamo: l'idropisia ovarica semplice incistita; le cisti multiple e composte; i tumori composti in parte cistici ed in parte solidi, inclusa la « degenerazione alveolare »; i tumori « glandolari »; il cancro cistico; le cisti dermoidi ed i tumori solidi dell'ovaia — fibromi, « adenoma » cancro e ingrossamento semplice; le cisti idatiche, a cui bisogna aggiungere, benchè non sieno realmente ovariche, le cisti del ligamento largo, chiamate altresì cisti Wolffiane.

Diagnosi differenziale fra i tumori uterini ed ovarici modificata dalla mestruazione. — Se non vi è stata emissione mestruale durante un certo tempo precedente , possiamo sospettare la gravidanza e bisognerebbe accertare se il volume del tumore, la forma, ecc. concordano con questo sospetto. Se il tumore non dura che da pochi mesi, ciò costituirebbe una specie di giustificazione preliminare della diagnosi di gravidanza. Se il tumore dura da sei anni e la mestruazione manca da sei mesi, si avrebbe una condizione contraria alla gravidanza, non, però, in modo assoluto, tanto più che vi potrebbe essere un tumore ed *oltre a questo* la gravidanza. Se l'esame esterno colla mano, collo stetoscopio, ecc. non dà alcun indizio o lo dà insufficiente per formulare una conclusione, allora sarebbe necessaria un'esplorazione dalla vagina , un esame delle mammelle, ecc.

Se lo studio della storia del caso e l'esame fisico fatto non sono, mettiamo, favorevoli alla gravidanza, fa d'uopo ricercare le prove negative per stabilire positivamente che l'inferma *non* è gravida. Questa seconda quistione è di più difficile, o può essere di più difficile risoluzione della prima per motivi molto ovvii. Infatti vi si può presentare un caso del seguente genere: l'inferma da quattro mesi non ha mestruazione, nell'addome vi ha un tumore del volume dell'utero gravido a sei od otto mesi, non si ode nessun battito fetale, le mammelle sono dolenti, forse turgide, dalla vagina si sente l'utero ingrossato, ma non vi ha ballottamento. In tal caso l'osservatore, dai dati suddetti, difficilmente potrà escludere la gravidanza in modo assoluto. Può darsi che il suo udito sia imperfetto, il suo tatto non educato a queste osservazioni; si può, pertanto, trattare di gravidanza; può essere uno di quei casi — che non sono molto rari, — in cui vi è una scarsa emissione di liquido simile al mestruale per uno o due mesi, o per più lungo tempo, perchè la gravidanza col fatto data da un periodo più antecedente; ovvero può esservi gravidanza con distruzione dell'embrione e degenerazione idatidea dell'ovulo, come in un caso che ricorderemo più in là. Lo stato dell'orificio dell'utero, in tali condizioni, dovrebbe coadiuvare l'osservatore a confermare la desiderata negativa, o bastare a convincerlo che per un certo tempo deve astenersi dal fare una diagnosi. Lo stato del segmento più basso dell'utero, inoltre, dovrebbe aiutar molto a sciogliere la quistione. Così, nel caso di un tumore addominale grosso quanto un utero gravido a sette od otto mesi già dovrebbe bastare alla conferma della negativa, ove si trovi che manchi qualunque segno evidente della continuazione della bocca dell'utero con un tumore rotondo percettibile al tatto in egual modo dietro, avanti ed ai lati della stessa. Quando il sospettato tumore addominale ha la grandezza di un utero gravido a sei mesi o più, l'esplorazione

digitale dalla vagina è della massima utilità a farci certi della negativa, ove realmente non trattisi di gravidanza.

L'altra classe di casi di cui dobbiamo occuparci è quella in cui *vi ha la mestruazione*. Se l'inferma ha la mestruazione regolare e di ciò non si può aver dubbio, si può quasi con certezza concludere che il tumore non è costituito nè da gravidanza, nè da distensione dell'utero per accumulazioni di liquidi o di gas, nè da ascesso uterino.

Nei fibromi uterini, nel carcinoma del fondo dell'utero, nelle varie forme di malattia ovarica, sia soltanto cistica, sia di natura complessa, sia costituita da tumore solido, la mestruazione può anche essere regolare, o relativamente regolare, o può mancare del tutto. La presenza o mancanza della mestruazione si può dunque egualmente osservare in certi tumori uterini ed in certi tumori ovarici.

Mancando il criterio della mestruazione, dobbiamo risalire ai dati che presentano altre particolarità della storia del caso, ed ai risultati dell'esame fisico, addominale, vaginale, ecc.

Possiamo sbrigarci di parecchie delle cause minori e meno frequenti di tumore addominale, uterino od ovarico, che restano nella nostra lista, con pochissime parole.

Carcinoma del fondo dell'utero. — I sintomi che accompagnano questa rara malattia dovrebbero rassomigliare, probabilmente, a quelli del polipo dell'utero — per esempio, copiose perdite sanguigne, leucorrea —, ma in alcuni casi sono mancati. L'esame sopra-pubico fatto colla mano, non metterebbe in sodo che poco altro oltre la presenza di un tumore rotondo, la cui grandezza è limitata.

Possiamo sbrigarci dei *tumori solidi semplici* dell'ovaia, con una o due osservazioni. È molto raro trovare un *fibroma* ovarico di considerevole grandezza, ma la diagnosi differenziale fra un grosso tumore di questo genere ed un grosso tumore che ha le stesse note fisiche, partente dall'utero, sarebbe quasi impossibile. Così, il semplice cancro dell'ovaia di raro costituisce un tumore di una certa grandezza, quantunque alcuni tumori *composti* dell'ovaia, in parte cancerigni, possano arrivare ad un enorme volume. Oltre a ciò il cancro semplice dell'ovaia è raro, tranne quando vi è diffusa infezione carcinomatosa delle parti adiacenti o di altre parti e perciò un grave disordine organico generale. L'*encondroma* dell'ovaia è una malattia molto rara, la cui esistenza è stata anche messa in dubbio e perciò è inutile fermarvisi. Qui non vi è nessuno scopo pratico ad occuparci dei *versamenti emorragici semplici*. L'*ipertrofia delle ovaie*, nell'unico caso ricordato dal Dr. Bright, produsse un tumore non più grosso di un rene e questo fu un fatto rarissimo. Le *cisti Wolffiane* dell'ovaia raramente oltrepassano il volume di un'arancia, ma quando sono di maggiore grandezza il tumore non si può

distinguere da una cisti ovarica ordinaria. L'*adenoma* dell'ovaia può costituire un tumore duro di considerevole volume. Le cisti dermoidi sono rare, ma per le loro note fisiche, per il modo di sviluppo, ecc. non presentano nessun sintoma qualificativo. Tranne in casi molto rari, non giungono a quel volume che acquistano altri tumori cistici più comuni dell'ovaia. Il tumore *idatico* dell'ovaia è molto raro e si può aspettare di osservarlo soltanto nei casi in cui è passionato il fegato ed insieme ai sintomi di peritonite cronica od acuta. Praticamente la sua diagnosi non ha qui molto interesse per noi.

Senza molta difficoltà la maggior parte delle condizioni ricordate si possono una per una mettere fuori questione ; fatto ciò la diagnosi differenziale resta a farsi fra le seguenti malattie : —

Fibroma uterino.
Polipo uterino.
Tumore fibrocistico dell'utero.
Affezione cistica delle ovaie, cioè cisti semplici, multiple o composte.
Tumore composto dell'ovaia.
Fibroma ovarico
Cisti dermoidi.

A queste malattie si può aggiungere la grande cisti Wolffiana.

Le suddette malattie dànno origine a tumori che per molte particolarità si rassomigliano fra di loro. Le note loro comuni sono le seguenti : —

Il tumore è o può essere di forma rotonda.
Può essere leggermente mobile nell'addome.
Può avere un corso più o meno cronico.
Può accompagnarsi a versamento sieroso nel sacco peritoneale.
La solidità e resistenza del tumore può essere eguale in tutti.
Il volume del tumore non giova a sciogliere la quistione, tranne quando esso è molto grosso.

È verissimo che, generalmente, troviamo notevoli differenze riguardo ad alcune delle note sopra registrate, ma queste differenze non sono sempre rilevanti e dando molto peso a questa specie di differenze spesso si commettono errori.

La diagnosi differenziale fra i varii stati patologici ora ricordati si deve fare dietro un attento esame esterno ed interno e dopo di avere bene studiato l'anamnesi. Esclusa la gravidanza dalle diagnosi possibili, non vi può essere scrupolo ad adoperare la sonda.

In molti casi certe note del tumore, come si percepiscono attraverso le pareti addominali, fanno positivamente concludere che è di origine ovarica ; una di queste note è la presenza di una *chiara fluttuazione* da un'estremità all'altra del tumore. La fluttuazione di questa specie si potrebbe sentire in quella rara malattia che è il

tumore fibrocistico dell'utero. Noi presumiamo che siano stati esclusi tutti i casi di asciti ordinarie, o di asciti *complicate* a tumore, o di distensione della vescica. La *mancanza* di fluttuazione però non significa che il tumore non sia ovarico.

Se esaminiamo l'utero dalla vagina col dito e colla sonda e chiaramente accertiamo che la bocca è allo stato normale, la conclusione che possiamo fare è che non si tratta di un polipo uterino, questo è tutto ciò che possiamo apprendere. Il polipo dell'utero si può escludere per altre considerazioni. Così, l'anamnesi nei casi di polipo ordinariamente nota emorragie accidentali, mestruazione copiosa, leucorrea, ecc. I segni diagnostici sono i seguenti: vi ha un tumore addominale duro, levigato, ben circoscritto, di lento sviluppo, dalla vagina si trova l'utero evidentemente ingrandito, la sua cavità molto allungata e dentro di esso è percettibile un tumore duro.

I tumori uterino ed ovarico hanno i seguenti caratteri comuni: la cavità pelvica si può trovare distesa da un tumore resistente al tatto in ambo i casi e in ambo i casi può essere di lento sviluppo, rotondo, levigato e con superficie abbastanza uniforme. Il disturbo delle funzioni della mestruazione e della defecazione può essere eguale. Quanto alla forma del tumore non si trova nessun segno qualificativo.

Continuiamo questo studio. Supponendo che coll'esame *esterno* attraverso le pareti addominali si possa scovrire qua e là fluttuazione, o anche supponendo che troviamo in certe parti che il tumore è più molle e non così resistente come in altre, ciò dovrebbe autorizzarci a dichiarare d'origine ovarica il tumore. Contro questa affermazione vi ha una sola riserva, se si trattasse, cioè, del vero tumore fibrocistico dell'utero, il segno suddetto non avrebbe valore. La mancanza di queste fluttuazioni parziali, o di questa parziale mollezza, non prova, pertanto, che il tumore sia uterino. Supponendo che troviamo la superficie del tumore molto ineguale, con sporgenze dure, levigate, rotonde, distinte, in numero di tre, quattro o più e di volume che varia da quello di una noce a quello di una mela o più, e queste sporgenze sono evidentemente parti integrali della massa centrale, la cui consistenza è identica alla loro, bisognerebbe concludere che si tratti di fibroma uterino. D'altra parte, nel caso di un grandissimo fibroma uterino la superficie è completamente levigata ed uniforme, e le irregolarità e sporgenze della superficie allora mancano. Raramente manca la durezza, in generale caratteristica, del fibroma. In pochi casi vi è una reale mollezza ed un'apparente fluttuazione. Ciò rende la diagnosi molto difficile. La *durata* del tumore dovrebbe essere di aiuto fino ad un certo punto, ma di quando in quando siamo ingannati dalle asserzioni dell'inferma, la quale sostiene che il tumore ha cominciato da poco tempo, mentre in realtà è di

vecchia data. Talvolta esiste per anni un grosso fibroma ignorato dall' inferma e da chiunque altro.

Prima di occuparci dell'esame interno dobbiamo discorrere della *storia naturale di un tumore ovarico ed extrauterino, per quanto riguarda il suo sviluppo e gli effetti di questo sviluppo sulla posizione dell'utero.*

Un fibroma che cresce sulla superficie peritoneale dell' utero e raggiunge un gran volume ed un tumore ovarico possono passionare l'utero allo stesso modo. Così il fibroma può nel suo sviluppo trascinare seco — secondo il suo punto d'impianto — un lato, il di dietro o il davanti dell'utero ; in tal modo la cavità uterina, quando trattasi di un grandissimo fibroma, si può allungare considerevolmente; ovvero il tumore può lasciare inalterata la cavità dell'utero, giacchè il corpo di questo invece di una distensione patisce una reale atrofia ed in tali circostanze l'utero piccolo , atrofizzato , è schiacciato e compresso in basso nella pelvi, mentre il voluminoso fibroma invade in alto l'addome. È evidente che l'esame interno colla sonda rivelerà segni diversi secondo che ha avuto luogo l'uno o l'altro dei fatti sopra accennati. Ora supponiamo il caso di un tumore ovarico ; in questo caso le condizioni sono precisamente analoghe. Il tumore ovarico , nel suo sviluppo entro la cavità addominale , o trae seco il fondo dell'utero, allungandone necessariamente la cavità , o lo comprime in basso e la lunghezza della sua cavità resta inalterata. Mentre per lo più avviene che il tumore ovarico spinge innanzi l'utero e lo allunga , può darsi il caso opposto , che l'utero resti indietro e la parte pelvica del tumore ovarico ne spinga il fondo verso un lato della pelvi, allungandone la cavità. Un altro effetto che si può produrre sull'utero durante lo sviluppo del tumore ovarico , è la propulsione in basso del segmento inferiore dell'organo insieme al trasporto in alto del segmento superiore. Ciò può incontrare quando il tumore ovarico riempie la pelvi ed ivi si sviluppa, mentre contemporaneamente cresce anche nello addome.

Ora, tenendo presenti i suddetti fatti, sarà più intelligibile il valore dei segni che si possono percepire coll' esame digitale dalla vagina e coll'uso della sonda.

Se vi ha un grosso tumore nell'addome e la sonda penetra nell'utero per una lunghezza di tre pollici o più e la cavità uterina si trova più anteriormente del grado normale, ciò indica con probabilità la sua natura ovarica, ma non con certezza, giacchè si può trattare di un grande fibroma che cresce dietro l' utero. La storia del caso ora spargerà forse luce sull'argomento. Così, ove il tumore addominale aumenti con rapidità, è ovarico (facendo sempre una riserva per la possibile presenza del raro cisto-fibroma dell'utero) ; o se il tumore addominale è chiaramente fluttuante , è ovarico. Sarà

bene ricordare che la sonda, in un caso di grosso polipo uterino, potrebbe penetrare in questa direzione ed in questo modo.

In un caso capitato sotto la mia osservazione la vagina era stirata in alto e terminava con un cono appunto dietro l'osso pubico ; il collo era otturato in tutta la sua porzione vaginale e la sonda penetrava oltre tre pollici. Vi era un tumore duro, che non cedeva, dietro la vagina e giungeva fino all'addome. La mia prima impressione circa questo caso fu che si trattasse di un grosso fibroma della parte posteriore dell'utero , ma , avendo esaminato l'addome, e trovandovi un tumore grosso quanto la testa di un adulto feci la diagnosi di tumore ovarico ; e questa diagnosi fu giustificata dalla rapidità con cui, poi, il tumore addominale aumentò di volume. Posso ricordare un altro caso per mostrare specialmente come si fa la diagnosi e su quali dati si fonda. L' inferma, di 26 anni, è maritata da quattro anni , non è stata mai incinta , il suo addome è molto grande, ha grave dispnea; è molto debole e sofferente. Da otto mesi mancano le mestruazioni, ma quattordici giorni dietro n'ebbe un leggiero accenno. Fatto l'esame dalla vagina, si trovò l'utero piccolo, atrofico, schiacciato e spinto un poco in basso ; il suo asse più lungo giaceva orizzontalmente invece di essere quasi verticale ; sopra di esso vi era un tumore. Facendo l'esame attraverso le pareti addominali si trovava distinta fluttuazione inferiormente ad una linea che dalla regione splenica giungeva alla cresta iliaca destra, un tumore ben definito alla percussione, ma non colla palpazione. La diagnosi fu d' idropisia ovarica. L'esame vaginale dimostrò che non vi era ingrossamento dell'utero ; l'addominale che vi era un tumore evidente con fluttuazione ; i risultati dei due metodi di esame stabilivano chiaramente la diagnosi. Questi due casi non li ho ricordati perchè presentavano una notevole difficoltà, anzi erano piuttosto facili. La fig. 189 presenta il tumore addominale in un altro caso d' idropisia ovarica, in cui il tumore aveva un considerevole volume. L'utero era spinto in basso ed in dietro.

A giudicare più particolarmente il valore delle indicazioni date dalla sonda, possiamo dividere i casi in due classi ; quelli in cui la cavità uterina è positivamente allungata e quelli in cui non ha subito questa modificazione. La cavità può essere decisamente allungata , come sopra abbiamo detto , da un fibroma dell'utero o dalla presenza di un tumore ovarico. In tutti i casi non è possibile durante la vita far la diagnosi differenziale fra queste due specie di allungamento, ma per lo più le circostanze concomitanti ci mettono in grado di farlo agevolmente. Nel secondo dei casi sopra riferiti, la fluttuazione del tumore addominale, il suo grado di sviluppo, e la mancanza d' ingrossamento dell'utero , menavano ad una conclusione positiva ; nel primo dei casi suddetti il grado di sviluppo era una delle cose più importanti. Ma, talvolta, incontriamo casi in cui l'utero è allungato, il tumore è così vicino a questo organo che non se ne separa , cresce con lentezza ed in cui, nonpertanto, il caso è ovarico. Quando il tumore cresce con rapidità, vuol dire che è ovarico , ma la mancanza di questa rapidità non prova la cosa op-

posta. Il prendere per ovarico un tumore uterino è un errore d'importanza maggiore dell'altro opposto, giacchè si eseguono gravi operazioni quando si suppone che il tumore sia ovarico, le quali non si metterebbero in campo se il tumore si ritenesse uterino. Ecco i segni caratteristici più valevoli in un caso difficile.

Per i tumori ovarici sono, la rapidità di sviluppo, l'impedimento alla circolazione nelle estremità inferiori, rivelato dall'edema, lo stato varicoso delle vene, il grave disturbo generale — per esempio grande debolezza, dimagramento e dolore pelvico continuo. Questi segni sono infatti quelli che ordinariamente presentansi nei casi di tumore solido dell'ovaia di natura cancerigna, o nei casi di cancro cistico, nei quali per un certo tempo lo sviluppo del tumore si arresta. La mancanza di molti segni, però, non ha un valore assolutamente negativo, giacchè alcuni tumori ovarici cronici dànno origine a molto scarso disturbo meccanico o d'altro genere. Se, in un caso di allungamento della cavità uterina, la sonda penetra nel centro di un grosso tumore, ciò indicherà quasi con precisione la sua na-

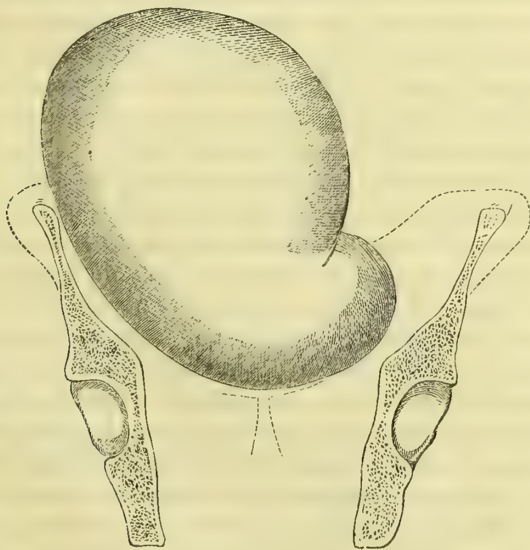


Fig. 189.

tura. Se la sonda passa di lato o ai margini del tumore e dalla vagina si sente questo fluttuante, ciò sarebbe in favore della sua natura ovarica.

Ora occupiamoci dei casi nei quali non vi è un allungamento accertabile della cavità uterina. Qui la diagnosi differenziale fra i tumori ovarici ed uterini ordinariamente non è circondata di molte difficoltà. Il tumore, se è uterino, probabilmente è un grosso fibroma

di lento sviluppo, che produce poco disturbo oltre quello derivante dal gran volume che può raggiungere. Se il tumore fosse fluttuante, avendolo stabilito coll'esame vaginale o addominale, secondo tutte le probabilità non può essere uterino — escludendo dalle possibilità il raro cisto-fibroma dell'utero; ma se non vi fosse fluttuazione, potrebbesi incontrare grande difficoltà a decidere se si tratti di un grosso fibroma o di un altro tumore solido dell'ovaia, o di un fibroma semi-peduncolato dell'utero. Infatti non vi sono segni che ci possano mettere in grado di far tra essi una distinzione positiva.

Bisogna ricordare che talvolta l'utero resta annicchiato e circondato da una massa patologica d'origine ovarica. I tumori composti dell'ovaia qualche volta si sviluppano a questo modo. I segni forniti dall'uso della sonda, in tal caso, possono far nascere l'idea di una malattia uterina; i sintomi *generali* ordinariamente stanno in favore di un'origine ovarica.

Sembra che vi siano alcuni casi nei quali la diagnosi è realmente impossibile. I casi difficili sono quelli in cui vi ha un tumore di lento sviluppo, non grande, che appunto può essere con eguale probabilità ovarico od uterino. Un fibroma dell'utero peduncolato o anche sessile può occupare la stessa posizione, presentare le stesse note fisiche, provocare eziandio gli stessi sintomi di un fibroma o tumore solido dell' ovaia. Noi possiamo fare una diagnosi che è infinitamente probabile, ma che è appunto possibile che sia erronea, cioè che il tumore sia uterino perchè un tumore ovarico di questo genere è tanto raro; e questo è tutto ciò che possiamo dire in tal caso. Se troviamo un tumore di questo genere in un primo periodo del suo sviluppo, e antecedentemente si è data l'opportunità di sapere se era di lento sviluppo o no, la diagnosi è anche più difficile; giacchè allora il tumore può essere un esempio di affezione cistica dell'ovaia senza fluttuazione, o di qualunque delle altre varietà di malattia ovarica, o può essere un fibroma uterino. La natura di tali casi si può diagnosticare definitivamente soltanto aspettando, a meno che non usiamo un ago forato e cerchiamo di ottenere così qualche nozione sulla natura del contenuto del tumore. Quando sorge la necessità di una diagnosi di questo genere, il tumore generalmente è pelvico, non essendo ancora giunto fino all'addome.

Dando un attento sguardo alle storie dei casi in cui si sono commessi errori diagnostici — in cui, per esempio, è stata tentata l'ovariotomia, ma si è trovato il tumore uterino — si vedrà che il dato del « tempo » non è stato messo in bilancia come meritava nel prendere una decisione prima di por mano all'atto operativo. Così in un caso il tumore trovato « uterino » datava da quattro anni, in un altro vi era una cisti in connessione coll'utero della durata di otto a nove anni; in un altro un « grosso tubercolo carnoso dell'utero »

che durava da « molti anni » ; in un altro un tumore solido vascolare, da sei anni, connesso all'utero. È probabile che in questi casi il tumore era solido, almeno non fluttuante ed è probabile che tali errori si possano evitare per l'avvenire, quando nell'addome vi sono tumori duri che simulano tumori ovarici, prestando attenzione al valore diagnostico dell'elemento « tempo ».

La diagnosi del *tumore fibro-cistico dell'utero* è molto difficile, poichè in questo caso abbiamo le due cose combinate insieme, cioè un tumore solido che parte dall'utero, il quale contiene cisti. La difficoltà deriva dalla somiglianza fisica che in questa congiuntura vi è con un caso di malattia cistica dell'ovaia. A valutare giustamente le difficoltà della quistione e il miglior metodo per vincerle è necessario un attento studio dei casi realmente pubblicati. Alcuni di questi casi sono descritti diffusamente nel capitolo sui « Fibromi uterini ». Spencer Wells ricorda due cose che giovano alla diagnosi differenziale: una è che nei fibro-cistomi dell'utero il colore della parete cistica, quando si osserva dietro un' incisione addominale, è più scuro di quello delle cisti ovariche; l'altra che le cisti nel primo caso contengono un siero tenue con 5, 10 o 15 per cento di sangue intimamente commistovi e che non se ne separa se non dopo di essere stato in riposo per alcune ore [1].

Diagnosi dopo l'incisione esplorativa. — In alcuni casi l'operazione dell'ovariotomia si fa con piena conoscenza del fatto che si *può* trovare un tumore di origine uterina e che perciò non è asportabile. Dopo fatta l' incisione addominale si porta con garbo la mano in basso di lato o dietro al tumore e così ottengonsi le necessarie cognizioni. In generale non ci sono adesioni che possano impedire questa esplorazione nei casi di fibroma dell'utero. Queste operazioni esplorative per lo più non sono accompagnate da gran pericolo.

Qui abbiamo parlato della difficoltà della diagnosi differenziale fra i tumori ovarici ed uterini. Fra queste due serie e l' *ingrossamento cistico* del rene, malattia molto rara, la diagnosi differenziale è del pari difficile e generalmente si fa soltanto dopo l'operazione esplorativa.

DIAGNOSI DELLA NATURA DI UN TUMORE OVARICO.

Giunti a diagnosticare che in un dato caso il tumore è ovarico, bisogna stabilire con maggior precisione la sua natura.

È inutile occuparci qui dei più piccoli e meno importanti tumori che hanno origine ovarica; le considerazioni già fatte ce ne dispensano ed ora possiamo solamente discorrere della diagnosi di quei

---

[1] *Diseases of the ovaries*, vol. i. p. 362.

tumori che hanno un' importanza pratica e che possono raggiungere un gran volume o almeno dar luogo a considerevole e rilevante distensione dell'addome.

I tumori ovarici di cui qui dobbiamo trattare sono : —

Le cisti semplici, multiple e composte.

I tumori composti e il cancro cistico.

I tumori solidi.

Oltre le suddette malattie, una diagnosi della natura di un tumore ovarico non sarà completa se non sarà tenuto conto delle complicazioni probabili. Una delle più comuni fra queste è l'*ascite*; un'altra, la cui presenza , però, è più soggetta a passare inosservata, è la *gravidanza*.

La diagnosi differenziale dei diversi tumori ovarici sopra ricordati , talfiata è facile , altre volte è difficilissima ed altre volte è impossibile, qualunque sia la specie di esame a cui ricorriamo, tranne l'esplorazione per mezzo della puntura e in alcuni casi neppure con questa possiamo ottenere cognizioni così perfette come sarebbero desiderabili. Nella maggior parte dei casi, pertanto, puossi apprendere tanto quanto è necessario per prendere una determinazione relativa alla cura. Ora baderemo semplicemente a stabilire la natura *patologica* del tumore. Vi è un'altra specie di diagnosi , una specie di diagnosi e prognosi congiunte , di cui ci occuperemo nel parlare della « Cura ».

Età del tumore. — Se troviamo che il tumore si è sviluppato rapidamente e data, per esempio, appena da un anno, quasi con certezza possiamo escludere i tumori solidi semplici dell'ovaia e le cisti dermoidi. Se il tumore si è sviluppato con lentezza, cioè in tre anni o più, e l' inferma è giovane, o almeno, non molto avanzata in età, si può ritenere che probabilmente trattasi di una cisti dermoide ; se, in tali circostanze, si fa un esame e si scovre un tumore chiaramente fluttuante , ciò starebbe contro la cisti dermoide ; ma se il tumore non è fluttuante, può trattarsi o di cisti dermoidi, o di un tumore composto, o, possibilmente, di una cisti composta dell'ovaia con sviluppo straordinariamente lento. Un tumore di lento sviluppo, non fluttuante , ben definito , levigato, che già si è definito « ovarico » in una donna non vecchia , è più probabilmente , una cisti dermoide che un tumore di altro genere. Giudicando dall'esperienza, la diagnosi reale di queste cisti dermoidi durante la vita e prima dell'operazione non è facile e ciò in parte dipende dal fatto che questa condizione di cose talvolta s' incontra insieme alla più ordinaria forma di affezione cistica dell'ovaia. Quanto al fibroma dell' ovaia bisogna notare che la diagnosi differenziale fra esso e gli altri tumori ovarici non è tanto difficile quanto la diagnosi differenziale fra esso ed il fibroma uterino peduncolato. Il suo lentissimo

sviluppo, la sua durezza ed i limiti ben definiti sono le note caratteristiche. L' « adenoma » dell'ovaia che può dare origine ad un tumore solido di considerevole volume si distinguerebbe per la sua relativa rapidità di sviluppo.

Quando abbiamo dinanzi un caso in cui l'addome si è rilevantemente disteso nel corso di un anno, e questo ingrandimento dipende dal solo tumore ovarico e non è dovuto in parte ad un sopraggiunto versamento ascitico, quasi con certezza possiamo escludere i fibromi e le cisti dermoidi. La diagnosi ulteriormente si fonda sul volume, sulla consistenza, sulla resistenza, sulla levigatezza, o ineguaglianza, sulla rapidità di sviluppo del tumore, sui sintomi a cui dà origine e sullo stato generale dell' inferma.

Noi possiamo considerare uno per uno i principali fra questi dati e determinare quali conoscenze si possono acquistare da essi riguardo alla natura del tumore.

Lo *stato della superficie del tumore* , quanto al carattere fisico dello stesso, dà necessariamente maggiori conoscenze di quelle che si possono acquistare in qualunque altro modo. Supponendo che troviamo un tumore perfettamente levigato ed uniforme e che presenta un'eguale resistenza in tutte le parti della sua superficie, vuoi che si senta dalla vagina, vuoi da sopra l'addome, probabilmente trattasi di una grossa cisti. A confermare questo giudizio, possiamo avere l'altra notizia che il tumore è fluttuante da un lato all' altro e da sopra in sotto. Si può non sentire fluttuazione eppure trattarsi di una cisti semplice, giacchè la fluttuazione non sempre si può percepire quando la cisti è molto tesa ; sicchè la fluttuazione può e non può giovarci. Un tumore uniforme, levigato, non fluttuante nel modo sopra detto, potrebbe essere una cisti multipla dell'ovaia, una grande cisti che contiene un gran numero di piccole cisti. Il fatto che il tumore è grande, levigato ed uniforme alla superficie , pur quando manca la fluttuazione, è un evidente segno presuntivo che il tumore sia un tumore composto dell'ovaia; è più probabile che appartenga alle altre classi di tumori, quantunque riguardo a ciò non vi sia una regola. Talvolta troviamo che mentre, generalmente parlando , il tumore è levigato e rotondo, la mano, leggermente premuta verso l' interno, incontra uno o più corpi rotondi *entro* il tumore più grande. Questo è uno stato di cose che s' incontra solamente quando vi ha una grande cisti, non perfettamente riempita di liquido e che contiene altre cisti, e in queste circostanze acquistiamo perciò maggiori informazioni sulla natura dell' interno del tumore. Bisogna stare attenti a non confondere con questo stato di cose un altro con cui si rassomiglia, cioè la concomitanza dell'ascite col tumore ovarico. Questo errore potrebbe essere soltanto la conseguenza di una grande disattenzione, ma ciò nonostante si commette. Una circostanza perfettamente possibile è che

vi può essere una grande cisti che presenta fluttuazione in tutte le parti della superficie e perciò fa nascere l' idea che tutto il tumore sia costituito da questa cisti, mentre poi può risultare che dentro questa cisti vi ha una considerevole massa costituita da parecchie cisti più piccole. Le circostanze talvolta sono tali che fino a quando una porzione del liquido della grande cisti non si estrae per mezzo della puntura, la vera natura del caso non si può rendere fisicamente evidente.

D'altra parte, quando troviamo il tumore *ineguale* quanto alla sua superficie, deduciamo conclusioni le quali approssimativamente sono le seguenti : se il tumore in un punto presenta una grande protuberanza rotonda, una seconda protuberanza di simile carattere in un altro, e le depressioni interposte formano divisioni attraverso le quali non è trasmessa la fluttuazione e troviamo che il tumore è costituito da due o tre di tali grandi protuberanze, formando nell' insieme una massa che forse si estende oltre l'ombelico, allora con probabilità trattasi di una cisti ovarica multipla, o forse è un tumore che ha origine da amendue le ovaie. La fluttuazione evidente in tutte le parti della superficie, circoscritta come sopra si è detto, dimostrerebbe quasi in modo definitivo che non si tratta di cisti multiple o di tumore composto. La mancanza della fluttuazione potrebbe dipendere dalla estrema replezione della cisti o dalla notevole grossezza delle pareti cistiche, o dalla presenza di un contenuto simile a gelatina; ovvero potrebbe darsi che ciascuna delle grandi cisti ne contenesse altre più piccole.

Mettiamo un altro caso : trovasi un tumore ineguale alla superficie, con una protuberanza da una parte ove la fluttuazione è evidente ; mentre vicino ad essa si sente una porzione della superficie più dura e più resistente ; in altri punti la superficie, forse è anche più irregolare. Questo stato di cose potrebbe dipendere dalla presenza di cisti multiple o di un tumore composto sia glandolare (sarcoma cistico, degenerazione alveolare), sia cancro dell'ovaia ; o pure vi può essere tumore di entrambe le ovaie. Protuberanze nodulari rotonde alla superficie di un tumore quanto al resto levigato, possono indicare o la presenza di piccole cisti nei siti suddetti o di noduli cancerigni ; ma noi possiamo trarre un' importante conclusione dalla loro esistenza, cioè che o la massa sottostante a questi noduli è composta di sostanze di una qualsiasi specie o che tutto il tumore è una cisti multipla ; lo sviluppo di piccole cisti alla superficie di un tumore cistico semplice, o di un tumore cistico multiplo della ovaia, non è frequente.

Soltanto nel caso di tumori piuttosto piccoli — per esempio di tumori che non oltrepassino la grandezza della testa di un adulto — s' incontra molta difficoltà a determinare, almeno approssimativamente,

la struttura fisica del tumore. Quando questo è grande, se si tratta di una cisti semplice o multipla, in generale è evidente, in qualche periodo, la fluttuazione, e la superficie è levigata e relativamente eguale. Ma nel caso di un grande tumore composto o di un grande tumore cistico complesso, in qualche punto di esso vi è una rilevante particolarità riguardo alla superficie, alla consistenza ed al grado di resistenza, particolarità che è della natura di quelle sopra notate. La diagnosi della natura dei più piccoli tumori reclama uno studio più minuto. Si è già detto che un tumore rotondo, di moderato volume, in cui non è evidente la fluttuazione, può essere o una semplice cisti con pareti molto tese e contenuto molto denso, o un tumore multiplo o composto. Il tumore alla superficie può essere irregolare o no; se è irregolare, questa nota ci confermerà nella opinione già accennata; se no la diagnosi deve fondarsi sovra altri dati. In tali circostanze qualche cosa si deve spesso dedurre dalla fisonomia generale del caso, indipendentemente dai segni fisici del tumore. La rapidità di sviluppo, nel caso di un tumore non fluttuante ci farebbe credere che è una cisti multipla o un tumore composto. La « rapidità di sviluppo » si può ammettere se, nel corso di sei od otto mesi, il tumore ha raggiunto il volume di un utero gravido a sette od otto mesi. La rapidità di sviluppo, da sola, non significa nulla, giacchè vediamo ripetute volte che grandi cisti, dopo di essere state vuotate colla puntura, tornano a riempirsi in uno spazio di tempo molto breve; ma se abbiamo dinanzi un tumore non fluttuante ciò ha una certa importanza nel giudicare la costituzione del tumore.

Vi ha qualche cosa che si possa apprendere dalla *posizione* del tumore, cioè se esso è un semplice tumore cistico, o un tumore cistico multiplo o un tumore composto? Nulla di tutto ciò. Noi possiamo trovare un grosso tumore semicistico che occupa l'addome e che non è affatto entrato nella pelvi (caso più comune), o possiamo trovare una parte di questo tumore nella pelvi ed una parte nello addome. E se il tumore è costituito da cisti multiple o è un tumore composto, possiamo trovare una porzione dello stesso nella pelvi o può essere tutto passato nell'addome.

Ora ci possiamo occupare della diagnosi di quella classe di casi nei quali, avendo stabilito dietro un esame che si tratta di un « tumore cistico complesso » o di tumore composto, è da continuarne l'analisi. Parlando di questi casi in generale si deve notare che in ciascuno lo sviluppo del tumore può essere molto rapido, ma ciò non avviene sempre assolutamente. In ciascuno di essi vi è allora una cisti in via di sviluppo e questo può essere di vario grado nelle diverse parti del tumore. La parte superficiale può perciò sentirsi solida al tatto o può essere principalmente cistica. Il grado di re-

sistenza comunicato al tatto non è lo stesso in tutti i casi, pur quando il tumore è identico e durante la vita da questa specie di dati non si può trarre nessun' indicazione differenziale precisa. Il grado di durezza in un caso di cancro cistico può non essere molto diverso da quello che si osserva in una cisti complessa. Spesso, però, possiamo imparare qualche cosa dallo stato della superficie del tumore. Così la presenza di noduli duri o di protuberanze alla superficie è un segno presuntivo di cancro cistico, se troviamo che sono dissimili dalle piccole cisti per la forma o per altra nota fisica. La mancanza di queste protuberanze non deve far concludere che il tumore sia di natura non cancerigna. Ha qualche importanza in tali casi la complicazione dell'ascite. Questa può associarsi con qualunque specie di tumore ovarico, ma più spesso trovasi quando il tumore appartiene ad una delle serie che ora studiamo, è comunissima quando il tumore è un cancro cistico, onde, quando il tumore presenta protuberanze dure, nodose e vi è ascite, deve nascere il sospetto che la neoformazione sia di natura cancerigna. Gli altri punti su cui fa d'uopo dirigere l'attenzione, per confermare o far dileguare questo sospetto , sono d' indole generale. La più semplice affezione cistica dell'ovaia produce, a principio certamente, poche conseguenze quanto alla salute della inferma ; ma nel caso di cancro cistico dell'ovaia troviamo che tutto il tumore non è molto grande e forse non dura da lunghissimo tempo eppure la salute dell' inferma è decaduta notevolmente.

Il cancro cistico dell'ovaia ordinariamente ha un corso diverso da quello dei tumori glandolari. Questi, spesso, crescono in modo continuo e con tal rapidità che tutto l'addome, in breve spazio di tempo, può divenire disteso al massimo grado a causa di una massa costituita in parte da cisti in parte da una sostanza sarcomatosa. Quando il tumore è un cancro cistico non è così voluminoso.

La « cisti complessa » dell'ovaia, d'altra parte, presenta note alquanto somiglianti a quelle osservate nella più semplice affezione cistica ; ma vi è una grande variabilità, la quale dipende dal fatto che il tumore , talvolta resta immobile per un certo tempo e poi, forse repentinamente, passando in uno stato di sviluppo attivo, dà luogo, con rapidità, ad enorme ingrossamento dell'addome.

Complicazioni possibili del tumore ovarico che bisogna considerare nel far la diagnosi. — Quando un tumore ovarico aumenta di volume rapidamente , devesi sempre domandare : L' ingrossamento dipende dalla *gravidanza* ? Se il tnmore è di natura solida , o in parte solida, ciò ha maggiore importanza, ma in tutti i casi la prima difficoltà che bisogna eliminare riguarda la probabilità che sia sopraggiunta la gravidanza. A sciogliere il problema fa d'uopo ricorrere alle misure opportune ; esplorazione vaginale, ascoltazione, ecc.

L'esperienza ha mostrato che gli errori i quali sono stati commessi nell'intraprendere operazioni, ignorando che vi fosse la gravidanza, hanno avuto origine non dalle difficoltà inerenti alla diagnosi, ma da circostanze che in generale potevansi valutare.

L'ascite è un'altra complicazione piuttosto comune. Vi è più frequentemente quando il tumore ovarico è irregolare nei suoi contorni, che quando la forma è più rotonda ed uniforme e l'ascite spesso è congiunta ad un tumore ovarico maligno. Talvolta è necessario far uscire il liquido ascitico colla puntura allo scopo di esplorare sodisfacentemente il tumore ovarico.

Un'altra importante, quantunque rara, complicazione è la presenza, dentro il tumore ovarico, di gas. Talfiata una cisti ovarica si rompe nel canale intestinale e nella cisti penetrano gas. In tal modo un tumore ovarico che un giorno dà un suono ottuso alla percussione ed è fluttuante, un altro giorno può dare un suono timpanico. Questo fatto è raro.

Della puntura come mezzo di diagnosi della natura di un presunto tumore ovarico. — In alcune circostanze è necessario pungere un tumore ovarico allo scopo di calmare le sofferenze dell'inferma; altre volte questa operazione si fa come mezzo curativo esclusivo lo congiunto ad altri metodi di cui a suo luogo discorreremo. In altri casi si è ricorso alla puntura allo scopo di gettare maggior luce sulla diagnosi.

La puntura, quando si esegue per la prima delle su notate ragioni, può sempre essere usufruita per la diagnosi ulteriore della natura del tumore.

Un' importante conoscenza riguarda la natura del *contenuto* del tumore. Talvolta, quando si è fatta la puntura, incontra che nessun liquido passa attraverso il tubo del trequarti dopo ritirato il puntaruolo. Ciò può dipendere da una grande viscosità del contenuto o dal fatto che nell'interno del tumore vi ha un gran numero di piccole cisti, o che il tumore è solido. Introducendo uno specillo attraverso il tubo, talvolta si hanno altre conoscenze. Il liquido che vien fuori è diverso nei varii casi, come si è già detto, e non sembra che l'esame del liquido dia indicazioni precise sul genere del tumore. Vi ha una sola eccezione, quando trattasi di cisti dermoidi dell'ovaia, che contengono spesso un liquido il quale ha la particolarità seguente: nel raffreddarsi si trasforma in una massa solida somigliante al burro. La presenza di questo liquido sarebbe una prova che la cisti è dermoide. In un caso riferito, dal Dr. Alex. R. Simpson [1], da una cisti ovarica di questo genere venne fuori un sol pelo rosso e poi si trovò che la cisti conteneva una massa di peli ingarbugliati. Ol-

[1] *Edin. Med. Journ.* March. 1862, p. 886.

tre a ciò si vide che questo pelo aveva lo stesso colore di quelli che covrivano il pube dell' inferma.

Nei casi di genere più comune, però, la natura del liquido non ci dà cognizioni sulla natura del tumore ovarico.

È cosa importante il distinguere un liquido cistico da un liquido ovarico. L'idropisia ascitica ed ovarica si devono distinguere su dati diversi da quelli forniti dall'esame del liquido portato fuori per mezzo delle punture. I caratteri microscopici e di altro genere del liquido sono utili a determinarne l'origine (veggasi p. 640). Le cellule ed i granuli variano molto per volume anche nei liquidi provenienti da diverse cisti della stessa ovaia : gli errori che possono derivare da questi caratteri nella diagnosi sono che il liquido ovarico può essersi versato nell'addome, divenire realmente ascitico e mescolarsi così al versamento peritonitico ; oltre a ciò, non di raro, nelle cisti ovariche trovasi linfa e pus, perciò un esame microscopico del liquido può servire a confermare un'opinione, ma su esso solo non dovrebbe fondarsi il giudizio nostro. I risultati della puntura nei casi di tumore fibrocistico dell'utero non coadiuvano materialmente la diagnosi. La puntura e l'esame del liquido evacuato sono un importante mezzo di diagnosi quando il tumore è probabilmente di origine *renale.* In tali circostanze bisogna cercare l'urea.

Se, dopo la puntura ed il vuotamento di una cisti ovarica, troviamo scomparso il tumore, ragionevolmente possiamo concludere che si tratta di una cisti ovarica semplice. Frequentemente incontra che subito dopo la puntura si riveli la presenza di una seconda cisti , o di una massa solida o di masse che prima non erano percettibili e la cui esistenza come parti del tumore non avevamo potuto scovrire in altro modo ; ed un caso che a principio sembra essere una semplice affezione cistica in tal maniera si può dimostrare essere un tumore cistico complesso, o un tumore composto dell'ovaia.

Se dopo la puntura vediamo che ancora vi ha un tumore, questo può essere un'altra cisti della stessa ovaia, contenuta nella prima o semplicemente situata in giusta posizione con essa ; ovvero può essere un tumore solido o una massa di cisti ; può essere un tumore cistico dell'altra ovaia, o un tumore dell'utero. La diagnosi di questo tumore secondario deve essere fatta attentamente e colla debita valutazione delle probabilità di una gravidanza.

CAPITOLO XLIX.

MALATTIE DELLE OVAIE (*continuazione*).

CURA DEI TUMORI E DELLE IDROPISIE OVARICI.
OVARIOTOMIA. — Statistiche — Statistiche attuali ed antiche dell'operazione — 1000 casi di Spencer Wells.
PUNTURA come atto preliminare dell'ovariotomia o in sostituzione di questa — Pericolo della puntura — Modo di pungere.
INDICAZIONI PER L'OVARIOTOMIA — Difficoltà e controindicazioni possibili — Decisione — Metodo di esecuzione dell'ovariotomia — Incisione addominale, asportazione del tumore, modo di assicurare il peduncolo — Varii modi di trattar questo — Il clamp, il cauterio, la legatura e l'abbandono del peduncolo — Fognatura dopo l'operazione — Metodo antisettico — Precauzioni durante e dopo l'operazione — Varie opinioni sul valore di questa — Pulizia del peritoneo — Suture — Cura consecutiva — Commozione (*Shock*); emorragia — Settiocemia — Alta temperatura, mezzi per abbassarla.
Ovariotomia durante la gravidanza.
CURA PALLIATIVA DEI TUMORI OVARICI.

OVARIOTOMIA.

Non occorre più, come quindici anni dietro, fare un'apologia dell'operazione dell'ovariotomia [1], dilungarci sui suoi vantaggi e combattere gli argomenti di coloro che l'avversano. I successi splendidi delle numerose operazioni di questi ultimi anni — un solo operatore (Spencer Wells) ha fatto più di 1000 operazioni —; meno numerosi ma del pari ottimi risultati di altri operatori, hanno abbattuto le obbiezioni che si facevano alla formidabile operazione e la ovariotomia è ora ammessa generalmente ed è riconosciuto il miglior metodo di eseguirla per quasi tutti i casi di tumore ed idropisia ovarica in cui l'operazione suddetta si può eseguire.

L'ovariotomia, suggerita la prima volta da William Hunter,

[1] Quì, in Napoli, fino a cinque anni dietro bisognava fare questa apologia ed attualmente (nel 1885) forse sarebbe ancora necessaria, poichè sono molti coloro che dissuadono le inferme dall'operazione. Nel viaggio fatto a Catanzaro in questa ultima estate 1884 vidi colà una giovanissima signora con cisti ovarica tipica, la quale due volte era stata quì e per ben due volte se ne era tornata al paese natio senza farsi operare, nonostante le premure del Professore d'Antona, perchè altri primarii professori le avevano detto di non sottoporsi all'operazione!

SCAMBELLURI

fu per la prima volta eseguita in America. Essa consiste, vi è appena bisogno di dirlo, nell'escidere tutta l'ovaia ammalata, facendo a questo scopo un'incisione sulle pareti addominali. A principio l'operazione fu accolta sfavorevolmente , benchè alcuni pochi operatori avessero avuto risultati abbastanza buoni. Il Dr. Clay di Manchester per il primo eseguì l'operazione su vasta scala ed i suoi successi richiamarono l'attenzione su questo argomento. A Londra l'ovariotomia guadagnò terreno sopratutto per i successi di Spencer Wells. I risultati ottenuti dagli operatori in questi ultimi anni sono stati origine di un favorevole giudizio dell'ovariotomia più che quelli ottenuti pochi anni dietro. Prendendo i risultati delle numerose operazioni di questi ultimi anni dai migliori operatori , le guarigioni sono in proporzione dell' 80 all' 85 o anche al 90 per cento.

Questo risultato si può paragonare con quello dei casi di idropisia ovarica abbandonati a se stessi ; da questo paragone si vedrà che di 100 donne con affezione cistica progressiva dell'ovaia, 90 moriranno fra due anni se non si adottano altre misure che le palliative. L'operazione dell'ovariotomia ha questo di speciale, che quasi assolutamente guarisce l' inferma, essendo possibile—ma si vedrà che è cosa rarissima — che, poi, si ammali l'altra ovaia, rendendo perciò necessaria una seconda operazione ; una recidiva è altresì possibile quando l'ovaia è attaccata da un'affezione cancerosa e perciò allora l'ovariotomia non arrecherà un vantaggio duraturo.

Fra le più *antiche* statistiche della operazione , possiamo citare l'eccellente relazione statistica sull'ovariotomia pubblicata da John Clay di Birmingham e che include tutti i casi, sui quali egli potette raccogliere notizie, fino all'anno 1860 :

In 212 casi di ovariotomia completa si ebbe la guarigione.
In 183 » » il risultato fu cattivo.
In 24 casi fu eseguita un'operazione, ma furono asportati soltanto tumori extraovarici: 3 guarite e 10 morte.
In 82 l'operazione fu cominciata ed abbandonata a causa delle adesioni ; fra queste 85 guarirono dell'operazione e 24 morirono.
In 23 casi fu tentata l'ovariotomia, ma sospesa perchè la malattia era extra ovarica.

Queste statistiche di Clay contengono un numero di operazioni fatte in varie epoche ed in varii luoghi e con moltissime recidive per difetto di conoscenze diagnostiche e terapiche, ecc. Prendendo questi 895 casi di ovariotomia si vede che il 53 per cento guarirono e guarirono di una malattia che dopo due o tre anni ne avrebbe lasciato viventi soltanto il 10 o 15 per cento.

Gli ultimi venti anni sono stati molto proficui riguardo al successo dell'ovariotomia. Le precedenti statistiche notarono i risultati fino al 1860. Nella edizione del 1872 di questa opera io diceva che i risultati ottenuti nei precedenti tredici anni giustificavano la spe-

ranza che si avrebbe potuto attendere il 70 ad 80 per cento di guarigioni quando l'operazione fosse stata fatta da sperimentati operatori.

Ma durante questi ultimi dieci anni il successo dell'operazione ha fatto grandi progressi. L'operazione da possibilmente favorevole è divenuta quasi certamente favorevole e la mortalità oggi si può dire che sia di circa il 10 per cento o anche meno.

Spencer Wells ha eseguito l'ovariotomia più di 1000 volte (fino a Giugno 1880) con 231 casi di morte e 769 guarigioni. Prendendo le varie serie di 100 casi, nei primi 100 ne morirono 34; nel secondo centinaio 28 e successivamente negli altri 23, 22, 20, 28, 24, 24, 17, 11; mostrando così una grande diminuzione della mortalità negli ultimi quattro anni. Altri operatori hanno emulato il successo di Spencer Wells; in Inghilterra, in Iscozia e nel Continente e negli Stati Uniti d'America, vi sono chirurgi da ricordare, i quali hanno eseguito ciascuno lunghe serie di ovariotomie con splendido successo e con pochissima mortalità.

La prima quistione da sciogliere, quando si giudica che un caso richieda l'operazione, è se il tumore è complesso ovvero è una semplice grossa cisti piena di liquido. Talvolta è necessario prima dell'ovariotomia o di rendere la diagnosi più certa o di calmare l'estrema dispnea e l'ostacolo alla circolazione e così mettere l'inferma in migliori condizioni per sopportare la operazione più grave.

In alcuni casi le inferme sono punte e per qualche tempo, per mesi o anche più, almeno fino ad un grado avanzato, la cisti non si riempie; ma per lo più torna a riempirsi con rapidità e per sollevare l'ammalata sono sempre necessarie nuove punture, ad intervalli che divengono successivamente più brevi dopo ciascuna operazione.

Una volta credevasi che la puntura, cagionando adesioni, rendesse poi più difficile l'esecuzione dell'ovariotomia. Le statistiche di Spencer Wells, riportate in un lavoro letto innanzi alla *Royal Medical and Chirurgical Society*, nell'Aprile 1869, dimostrano che quella credenza, almeno fino ad un certo punto, non è vera, giacchè la media della mortalità dell'ovariotomia dopo ripetute punture, paragonata a quella dell'ovariotomia non preceduta da punture, è stata soltanto dell'1 per cento superiore a questa ultima.

Spencer Wells [1] nelle sue lezioni consiglia di eseguire la puntura prima dell'operazione in tutti i casi di cisti semplice ed egli dice di aver visto molte donne nelle quali la cisti, dopo la prima puntura, non tornò a riempirsi.

I pericoli annessi alla puntura sono: — 1. La probabilità di pun-

---

[1] Lectures at the Royal College of surgeons, 1878. *Brit. Med. Iourn.* July 1878.

gere un grosso vase delle pareti addominali. 2. La probabilità di pungere un vase della cisti stessa, che poi potrebbe continuare a dar sangue. 3. La setticoemia. Questa si può prevenire quasi certamente adottando le misure antisettiche. 4. Il passaggio del contenuto irritante della cisti nel peritoneo e la provocazione ivi di una flogosi. Una larga esperienza sembra che dimostri in modo positivo che questi pericoli non sono considerevoli e sieno molto meno imponenti di quanto una volta credevasi.

La puntura ordinariamente si fa attraverso le pareti addominali, quando è a scopo palliativo. La puntura dalla vagina generalmente si fa con altro scopo, di cui ora parleremo. Talvolta le cisti ovariche sono state vuotate pungendo dal retto.

Per lungo tempo la puntura fu la sola operazione tentata nei casi di idropisia ovarica. In alcuni casi essa è impossibile, come quando il tumore consiste di molte cisti o quando è del tutto solido; di questi casi non vi è bisogno di discutere. Se la distensione dell'addome per la quale è necessario un provvedimento ha proceduto con lentezza, non vi ha ragione a posporre la puntura; ma se è di recente data è bene aspettare un poco prima di pungere, cioè nei casi in cui la cisti è unica e non vi ha indicazione per l'ovariotomia.

In alcuni casi il risultato dell'osservazione è che troviamo difficile dire se tutto il tumore dipende dalla presenza di un'unica grande cisti o no: se vi fossero *altre* cisti in via di sviluppo alla base del tumore sarebbe preferibile l'ovariotomia alla puntura. In tali casi può esser miglior condotta da tenere la seguente: pungere la cisti ed accertare, nel modo già indicato, se vi sono o no queste cisti secondarie, ed ove ci fossero procedere immediatamente all'operazione più radicale della ovariotomia.

Dopo tutto, nella maggior parte dei casi la decisione, probabilmente, tenderà sempre di più verso l'ovariotomia piuttosto che verso la puntura, giacchè il pericolo dell'operazione è molto lieve rispetto a quello inerente ad una misura che è soltanto palliativa.

Modo di eseguire la puntura. — Il più rapido, e, in complesso, il più sicuro modo di eseguire la semplice operazione della puntura è di situare l'inferma sul dorso e fare uscire il liquido attraverso un tubo flessibile, la cui estremità libera sta in un recipiente messo di fianco al letto. Il sito migliore per pungere le pareti addominali è la linea mediana essendovi minore pericolo di ferir vasi. È miglior condotta far prima una piccola incisione sulla pelle per permettere al trequarti di attraversare più facilmente le pareti addominali. Il lungo tubo che vi si deve annettere, come nello strumento di Spencer Wells, è di gomma elastica. Ritirando il punteruolo esce il liquido. Wells usa un trequarti piuttosto grosso, colla punta a mo' di penna di acciaio, inserito in un tubo a mar-

gini rotondi per non ferire le pareti opposte della cisti. È appena necessario osservare che la vescica deve essere vuotata con somma attenzione col mezzo del catetere prima di pungere. Se durante la operazione il tubo del trequarti si occlude, bisogna introdurvi un lungo specillo per togliere l'ostacolo. Durante l'uscita del liquido si fa una dolce pressione sull'addome. Terminata l'operazione si applicherà con garbo una lunga fascia di lana, dopo di aver coverto la ferita con un pannilino bagnato nel collodio o nell'olio carbolizzato e piegato in forma di compressa. Se l' inferma durante l'operazione cadesse in deliquio, bisognerebbe darle un po' di brandy o qualche altro stimolante e far vuotare più lentamente la cisti. Essenzialissimo è il riposo dopo l'operazione ed il corpo deve restare, per quanto è possibile, immobile almeno per ventiquattro ore dopo l'operazione, adoperando nel frattempo il catetere, per vuotare la vescica.

L' infiammazione della cisti che può avvenire dopo la puntura è accompagnata da gran dolore, da grande tendenza alla nausea o al vomito e dai sintomi generali della peritonite. I cataplasmi caldi, le bevande ghiacciate, per calmare il vomito, sono in tali casi i migliori rimedii e si possono anche dare piccole quantità di stimolanti, brandy o champagne. Se il sintoma assumesse una forma, grave bisognerebbe eseguire l'operazione dell'ovariotomia subito.

Puntura seguita da compressione. — Questo è un metodo di curare le inferme che oggi sembra inutile mettere in discussione.

La *puntura seguita da iniezioni iodiche* è anche un metodo che è inutile discutere, essendosi abbandonato.

Parliamo ora delle *indicazioni per l'ovariotomia.* L'opinione comune fra coloro che sono favorevoli a questa operazione si può dir che sia la seguente: se il tumore cresce con rapidità e se a causa di ciò, o per altro motivo, è minacciata la vita in un periodo non lontano, è da raccomandare l'operazione. Ma è necessario essere più espliciti. Se la nostra osservazione ci convince che il tumore è di natura cistica, che si sviluppa con rapidità, che è costituito da tre o più cisti ed è minacciata la salute in generale, il caso sembra adattato alla ovariotomia. Così è pure, ove il tumore sia in parte cistico ed in parte solido e la parte solida non è cancerosa. Nella stessa categoria va il tumore alveolare dell'ovaia ed anche i casi di cisti dermoidi o adipose d' indole « progressiva ». Se il tumore ovarico è un semplice fibroma, la operazione è meno probabilmente necessaria, ma in tal caso eziandio il tumore può provocare tanta irritazione colla sua presenza che l'operazione è un partito migliore dell' inazione. Questi tumori sono circondati da dubbii che li mettono fuori delle categorie comuni. In tali casi l'operazione è spesso « esplorativa », giacchè l'operatore seduta stante deciderà di asportare il tumore se è possibile (veggasi « Diagnosi »).

Riguardo ad un'altra classe di casi talvolta la determinazione non si deve prendere immediatamente. Sono quei casi in cui vi è soltanto una cisti nell'ovaia, o forse due, e la malattia non è rigorosamente progressiva; o, almeno, questo suo carattere non si è ancora rivelato. In alcuni di tali casi, l'ovariotomia non è necessaria immediatamente, ma vi sono casi nei quali vi sono buoni motivi per preferire l'esecuzione dell'ovariotomia, cioè quelli nei quali il liquido si riforma con rapidità e richiede punture frequenti, minacciando così la vita. Questa tendenza è appena meno esiziale per l'ammalata della tendenza alla rapida formazione di altre cisti. Gli argomenti favorevoli all'ovariotomia, quando il caso è di « tal cattiva natura » sono i seguenti: quanto più presto si esegue l'operazione, tanto è più sicura ed è minore il pericolo di questa per la presenza di adesioni. La difficoltà incontrata nel decidere quale è il miglior partito da prendere nei casi speciali è di tal genere che non si può vincere generalizzando sull'argomento, ed in un caso dubbio piccole cose fanno traboccare la bilancia.

Un'altra classe di casi in cui l'ovariotomia si potrebbe eseguire sono quelli in cui, come che le circostanze non siano « favorevoli » per l'operazione, la malattia è tanto avanzata che l'inferma senza dubbio morirebbe presto, mentre l'operazione forse ne salverebbe la vita.

A questo proposito scrive Spencer Wells [1]: « Quando la puntura è di poca utilità, o è stata già fatta, ed il liquido si è riformato dopo punture ripetute e tutte le ordinarie cure si sono sperimentate senza frutto, sorge la domanda: — In tal caso bisogna raccomandare l'ovariotomia all'inferma? — Il senso comune che ho avuto l'abitudine di seguire mi ha suggerito di dire all'inferma od ai medici coi quali era in consulto: fino a tanto che l'inferma sta mediocremente; fino a tanto che può camminare per un miglio, o per mezza ora, senza sofferenze; fino a tanto che può salire e scendere scale; fino a tanto che non vi ha una grande pressione su qualsiasi organo addominale o pelvico e può respirare benissimo, e non è molestato il cuore, si può questa inferma trattare colle semplici cure palliative tenendo d'occhio lo stato generale ».

Difficoltà e possibili controindicazioni. — Una sorgente di difficoltà sono le *adesioni*. La diagnosi della presenza di adesioni talvolta è del tutto impossibile, ma la presenza di estesissime adesioni non si è trovata che sia affatto un ostacolo insuperabile per l'esecuzione e completamento dell'operazione. Quando una porzione del tumore è sulla pelvi, spesso possiamo determinare se vi sono o non vi sono adesioni, spingendo il tumore in alto dalla via della vagina,

---

[1] *Lectures Royal College of Surgeons, loc. cit.*

e dalla mobilità o immobilità dello stesso verificata in questo modo. Wells dice che il tumore deve essere prima punto e poi si deve comprimere da sotto per determinare la presenza o mancanza di questa mobilità. Ma è da notare che la forma della parte più bassa del tumore potrebbe impedire il suo spostamento da sotto , mentre mancano completamente le adesioni. Un attento esame attraverso le pareti addominali può mostrare che il tumore è mobile, la qual cosa dinota mancanza di adesioni. Come ha detto Baker Brown, se le adesioni mancano la pelle può essere sollevata ed allontanata dal tumore. Questi segni, perciò, per la maggior parte modificano la diagnosi della presenza, *anteriormente*, di adesioni. Le intestina possono contrarre adesioni molto intime col tumore nei casi di lunga durata e queste adesioni sono posteriormente alla cisti. Riguardo alla presenza di adesioni posteriormente i risultati dell'esame del tumore non sono assoluti. Per esperienza io sono certo che la questione della presenza o mancanza di adesioni, per lo più resta irresoluta fino a che l'operazione non è cominciata. Si possono temere le adesioni in quelle inferme che sono state ripetutamente punte. Spencer Wells giustamente ritiene che l'*anasarca* delle estremità inferiori non sia assolutamente un ostacolo all'operazione, giacchè, come egli osserva, può dipendere unicamente dalla pressione meccanica fatta dal tumore. Io stesso ho visto un edema molto rilevante delle estremità inferiori, prodotto dalla retroversione dell'utero e da un'estrema distensione della vescica. Quando dipende da concomitante alterazione renale o di altri visceri, o da cancro, l'edema senza dubbio è una controindicazione. Uno dei peggiori casi di edema delle estremità inferiori che io abbia visto fu in una donna, nella quale all'operazione si vide che il tumore era canceroso. Identiche sono le osservazioni di Wells riguardo alle *asciti*. Se le asciti sono prodotte meccanicamente, sono meno funeste. Quando trattasi di un tumore ovarico piccolo, *recente*, in cui vi ha un buon grado di ascite, l'operazione è controindicata, perchè vi ha maggior probabilità che l'affezione sia di natura cancerosa. Non di raro incontra che vi ha molta ascite ed un tumore molto grosso. In tali casi, ordinariamente, l'ascite non è affatto un ostacolo all'operazione; sotto certi aspetti è un vantaggio, giacchè è meno probabile trovare adesioni.

Le controindicazioni che sono state stabilite da alcuni operatori, come il grave deperimento dello stato generale di salute , nei casi in cui colle ripetute punture si è sottratta molta sostanza albuminosa, e il tumore è di natura colloide o di qualche altra specie che si allontana dalla cisti genuina, in cui, per le abitudini dell'inferma hanno patito altri organi alterazioni di fabbrica , con grave detrimento delle loro funzioni, queste controindicazioni senza dubbio sono importanti ove si abbia di mira il solo successo dell'operazione e

giustificano maggiormente i fautori dell'operazione in un periodo « precoce » ; ma, come abbiamo già notato, ci ha una classe di casi nei quali l'operazione è giustificabile come *ultimo rimedio.* Su ciò è appena possibile dare regole. Ciascun caso ha una norma propria, la quale deve essere scoverta dal medico che lo cura. Il Dr. Keith, di Edinburgh, ha riferito un caso nel quale egli eseguì l'operazione quando la cisti era realmente in uno stato di gangrena e con successo, poichè l' inferma fu davvero strappata agli artigli della morte. Il Dr. Wiltshire ed il Dr. Watson operarono un' inferma morente per emorragia entro la cisti ovarica, e che trovavasi in pari circostanze critiche; e più recentemente il Dr. Keith ha detto che ha operato quattordici volte in casi di cisti acutamente suppuranti o putride, ottenendo dodici guarigioni.

I casi in cui il tumore si rivela canceroso naturalmente sono i più sfavorevoli fra tutti, non tanto riguardo all' immediata guarigione dell'operazione, quanto riguardo ai suoi ultimi effetti nello assicurare la vita. L'età dell' inferma ed altre circostanze, come la composizione del tumore, la presenza di adesioni, ecc. non sembra che abbiano materiale influenza sul risultato, giacchè l' inferma ha quasi un'eguale probabilità di guarigione se l'operazione si può far completa.

Il decidersi pro o contro l'ovariotomia deve essere lasciato in libertà dell' inferma o dei suoi amici : a loro spetta la responsabilità. È nostro dovere, primieramente, di fare una diagnosi quanto più esatta è possibile, considerando tutte le circostanze, passate e presenti ; in secondo luogo di aguzzare il nostro ingegno a fare la prognosi ed esporre all' inferma ed ai suoi amici i risultati delle nostre ricerche.

Spencer Wells dice: « Il risultato probabile dell' ovariotomia può essere valutato molto più esattamente colla conoscenza dello stato generale dell' inferma che tenendo conto del volume e dello stato del tumore, e da un' inferma di sana costituzione si può asportare un tumore molto grande con estese adesioni e probabilmente guarire ; mentre fra le donne, le quali al bere furono dedite o il cui organismo è deperito per altre cause, o che hanno cuore debole, reni ammalati, o fegato ammalato, l'operazione è molto più pericolosa che in donne sane. Mi è sembrato che il solo volume di un tumore ovarico non avesse molta influenza sul risultato dell'operazione ; la asportazione di alcuni tumori molto grandi è stata seguita da guarigione, mentre quella di tumori molto più piccoli ha avuto per conseguenza la morte; ed un'inferma, la quale è abituata alla vita menata in camera, sopporta l'operazione molto meglio di una donna tolta dalle ordinarie occupazioni della vita e sottoposta subito all'operazione ».

« Il solo volume di un tumore ovarico, ripeto, non ha molta influenza sul risultato dell'ovariotomia ; ma se trattasi di un tumore

molto solido, che richiede un'incisione molto ampia, la quale debba giungere molto vicino allo sterno, allora il pericolo è molto più imponente. Io ho visto che si può asportare un tumore con un'incisione non più lunga di cinque o sei pollici, la mortalità è notevolmente minore di quella che si ha quando l'incisione necessariamente deve essere di nove, dieci od undici pollici. Le adesioni, ove sieno soltanto colle pareti addominali, non hanno grande influenza sul risultato; se trovansi in basso nella pelvi, la mortalità è notevolmente aumentata a causa di esse ».

« Io credo che, quasi, l'unica positiva controindicazione ad un'operazione sia la circostanza che l'inferma ha qualche altra malattia la quale, se continuasse il suo corso naturale, certamente l'ucciderebbe ».

« Quanto al sospetto di cancro e fino a che punto deve far decidere il chirurgo a non asportare un tumore ovarico, credo, ove si fosse certi della natura cancerosa, che bisogna contentarsi di pungere, portando fuori il liquido peritoneale che vi si è potuto formare d'intorno e non tentando di asportare la neoformazione. La malattia certamente si riprodurrebbe. Io, però, ho visto alcuni casi molto straordinarii, in cui ho tolto tumori ovarici che a primo aspetto sembravano ordinarii tumori multiloculari, ed in cui uno scrupoloso esame fece scovrire le note evidenti di un tumore maligno, eppure le inferme per lungo tempo dopo godettero buona salute. In un caso la recidiva non avvenne che dopo dieci od undici anni. Perciò io credo che anche il sapere, che un tumore, secondo tutte le probabilità, sia canceroso non deve fare assolutamente smettere l'idea dell'operazione, ma necessariamente obbliga il chirurgo ad essere molto più guardingo [1] ».

OPERAZIONE DELL'OVARIOTOMIA.

Spencer Wells dà le seguenti istruzioni circa l'operazione: —

« Vi è appena bisogno di dire che la casa deve essere in un sito quanto più salubre sia possibile. L'inferma deve essere alloggiata nelle migliori condizioni sanitarie e nella miglior camera della casa. Questa camera deve essere disposta in modo che dopo l'operazione possa restare in perfetta quiete; deve essere ben ventilata, ma difesa da qualunque corrente di aria fredda, nè deve essere troppo calda.

« Si debbono sbarazzare le intestina e se vi ha la minima concentrazione delle urine correggerla col citrato di potassa o con qualche altro semplice preparato salino. (A queste precauzioni suggerite da Wells è bene aggiungere che nel giorno dell'operazione non bi-

[1] *Brit. Med. Journ.* June 1878.

sogna dare all'ammalata nessun cibo solido. Naturalmente importa che l'operatore e tutti coloro che stanno presenti all'operazione, non abbiano nessun lontano sospetto di portare seco qualche germe di infezione cadaverica. E l'uno e gli altri debbono fare molto uso dello spazzolino per le unghie).

« La tavola su cui si esegue l'operazione deve stare vicina ad una finestra in modo che la luce ci vada diagonalmente. Ivi si trasporta e si adagia l' inferma. Si avvolgono bene i suoi piedi e le sue gambe e si covre tutta la persona con una coperta e sopra le ginocchia si mette una correggia in modo da non poter dimenare gli arti di qua e di là. È bene anche legar le mani e nulla serve meglio a questo scopo delle fasce ordinarie , facendo un cappio che si passa sulla manica dell'abito e poi si legano le mani alle gambe della tavola. Ciascuna mano deve essere legata da una parte. Bisogna anche pensare a difendere le vesti. Se l'ammalata ha un semplice abito da notte con una flanella e lei ed il letto si difendono perfettamente adoperando un lenzuolo di tela impermeabile che abbia un foro nel centro, intorno al quale si applica dalla parte interna una sostanza adesiva per un'estensione di un pollice ad un pollice e mezzo. Questo lenzuolo si mette sopra l' inferma e la parte attorno al foro aderisce sulla pelle dell'addome, che precedentemente, s' intende deve essere stato ben pulito. La parte superiore del lenzuolo deve giungere quasi fino al mento dell'ammalata. Recentemente l'ho fatto fare più grande e così può essere portato in alto per proteggere il volto dell' inferma dalla nebbia carbolica, ove si usi lo *spray*. Stando così la inferma, mentre un assistente la cloroformizza è perfettamente difesa dall'azione dello *spray*, che agisce in sopra dell'addome, per mezzo del lenzuolo impermeabile ».

Wells, preferisce il bicloruro di metilene come anestesico. Ammesso che sia amministrato con attenzione, mediante l'apparecchio di Junker, non vi è da nutrire nessuna preoccupazione.

« Le donne che assistono tengono pronte acqua e spugne; le spugne di una certa grandezza, ben pulite ed in numero sufficiente, nè troppo grosse nè troppo piccole. Se sono troppo piccole si possono perdere e se sono troppo grandi non si possono introdurre nella ferita. Gli assistenti stanno pronti. Solo due sono necessarii : uno si situa di fronte all'operatore preparato ad assisterlo per la legatura dei vasi e più specialmente ad impedire che le intestina escano fuori dopo estratta la cisti dalla cavità addominale. Se l'assistente non è vigilante, nel trarre la cisti vengon dietro le intestina e dànno grande imbarazzo ; ma se egli mantiene bene le pareti addominali, tenendo avvicinati i margini della ferita, è impossibile che qualsiasi tratto d' intestino segua la cisti quando questa si porta fuori. Egli passa il dito medio nell' interno, sotto l'ombelico, l' indice a destra ed il

pollice a sinistra della ferita e tiene i margini molto avvicinati quando il tumore esce fuori dall'addome.

« Degli strumenti. In primo luogo un bistori comune, che deve agire più colla punta che col taglio. Oltre a ciò un certo numero dei miei forceps da torsione per stringere qualunque vaso della parete addominale. Supponendo che qualche vaso dia sangue, si afferra in un momento ed il forceps penzola tenendolo stretto, sicchè, quando si apre la cavità peritoneale non vi cade neppure una goccia di sangue. Io li ho fatti nichelizzare, così non si ossidano. Legati i vasi sanguinanti , si apre il peritoneo sollevando prima una sua piega colla pinzetta o con un piccolo uncino. Il vantaggio dell'uncino è che con esso è meno probabile di afferrare la parete cistica. Se la cisti sta molto vicina alla parete addominale, quando si solleva la piega peritoneale per inciderla si può anche sollevare la parete cistica e talvolta tagliarla insieme al peritoneo. Si evita questo pericolo coll'uncino. Uno o due colpi di piatto col bistori sul peritoneo bastano a dividerlo. Poi s' introduce dall'apertura una larga guida e con un bistori bottonato si finisce di dividere , senza pericolo , il peritoneo. Io insisto sul bistori bottonato, perchè con uno a punta ordinaria , supposto che vi sia una parte d' intestino aderente alla parete addominale, può essere lesa, ovvero, se la vescica fosse troppo in alto, potrebbe penetrarvi. Messa allo scoverto la cisti coll' incisione del peritoneo, lunga tre, quattro o cinque pollici, è necessario vuotarla e ciò si fa con un trequarti simile a quello che adoperasi per la puntura , ma un po' più grosso e munito di uncini esterni per tener ferma la cisti. S' introduce in questo e poi si ritira il punteruolo ed il liquido esce dal tubo e cola nella secchia che sta a fianco alla tavola dell'operazione. Fatto ciò si aprono gli uncini esterni , la cisti si solleva tirandola, ciò che è agevole, sui lati del tubo e si porta fuori della ferita addominale ; il liquido esce, mentre la cisti è sostenuta dagli uncini e se è libera segue subito e facilmente lo strumento. Ove, nel tirare fuori la cisti, si scovra che vi sono adesioni, si possono rompere [1] ».

La lunghezza dell' incisione dei tegumenti esterni per lo più è dall'ombelico al pube. In alcuni casi basta questa ; la cisti si può vuotare e trar fuori senza che vi sia bisogno d' ingrandire la ferita. Ma, sovente , si deve prolungare l' incisione oltre l'ombelico per potere far muovere il tumore.

Un' altra cosa che bisogna determinare è se è possibile continuare l'operazione. Se il tumore è solido, non si devono fare altri passi fino a che, per mezzo della mano introdotta superiormente o di lato al tumore, non si è accertato che questo sia realmente mobile. In

---

[1] *Loc. cit.*

alcuni casi si può fare a meno di ciò, essendo il tumore di natura cistica, ma anche in essi è bene fare questa esplorazione intra-addominale in questo momento dell'operazione. Ove si trovino aderenze, naturalmente si devono rompere per rendere possibile la suddetta esplorazione.

Fatta la prima incisione può bastare per estrarre il tumore senza impiccolire il volume della massa, ma nella maggior parte dei casi quest' impiccolimento è necessario. Quando l'operatore si sarà accertato che potrà completare l'operazione ed avrà rotta qualsiasi adesione incontrata nel modo che ora descriveremo, bisogna infiggere un grosso trequarti nella cisti ed evacuarne il contenuto. Un buon apparecchio per questo scopo è il trequarti-sifone inventato da Spencer Wells; il tubo pres'a poco ha il diametro del dito. In una modificazione suggerita da Murray (veggasi fig. 190) il tubo, dopo di essere stato spinto nella cisti, si fissa solidamente alle pareti di questa, da cui si può distaccare di nuovo con facilità. Il trequarti si ritira attraverso una fenditura nel tubo di gomma elastica, e la fenditura poi si chiude e permette al liquido di venir fuori. Un'altra eccellente forma dello strumento è provveduta di uncini piuttosto ottusi, i quali possano prontamente afferrare i margini della parte perforata della cisti. Per la rapida uscita del liquido è di grande utilità la larghezza del tubo; è anche una cosa importante l'impedire che il liquido scorra nella cavità peritoneale; adoperando i due sopraddetti strumenti si raggiunge l'uno e l'altro scopo. Se il contenuto cistico è semisolido o molto gelatinoso, questi strumenti non si possono adoperare, ma negli altri casi in questo periodo dell'operazione riescono molto utili. Può darsi il caso che si debba vuotare più di una cisti; in questo caso queste debbono essere punte a traverso l'apertura della prima. Se le cisti sono molto piccole e numerose sarà necessario di romperle introducendo la mano nel centro del tumore; ma prima di far questo si dovrebbe essere assolutamente certi che non sianvi lesioni tali da impedire il completamento dell'operazione. Avendo in questo modo diminuito il volume del tumore, questo viene estratto attraverso l'apertura e sostenuto dalle mani degli assistenti, i quali cureranno di non esercitare trazione. È evidente che senza una grande attenzione possono avvenire molti inconvenienti in questo momento della operazione. Appena estratto il tumore si deve legare il peduncolo. Prima di descrivere questa parte dell'operazione dobbiamo considerare la quistione delle aderenze. Nello scovrire il tumore possiamo trovare che è aderente e può essere aderente alla vescica in avanti o lateralmente, alle intestina o ad altri organi. Le adesioni più difficili a vincere sono quelle fra il tumore e la vescica o coll'intestino o coll'omento, ma le adesioni in altri punti in generale non costituiscono veri ostacoli. Queste adesioni non si devono

rompere col bistori, esse debbono essere rotte con garbo per mezzo delle dita o col manico del bistori. Uno strumento destinato a questo scopo è stato inventato da John Clay [1]. Il cauterio attuale è un mezzo sicurissimo ed utile a rompere adesioni grosse e forti. L'emorragia dai vasi di queste adesioni dev'essere attentamente frenata. I *forceps* da torsione o da pressione, usati da Spencer Wells, sono strumenti utilissimi nelle emorragie che possono avvenire in tutti i periodi dell'operazione. Essi sono di varie forme e grandezze, sicchè qualunque sia il punto da cui proviene il sangue si può afferrare col *forceps* senza preoccuparsene più per il momento. Più tardi si faranno legature colla seta ove si ritengano necessarie. Quando si trovano aderenti le intestina, bisogna essere molto guardinghi per non perforarle. Nei casi molto antichi la difficoltà di evitare questa perforazione è, o può essere molto grande. Quando la cisti non si può distaccare dalle intestina, Spencer Wells consiglia di tagliarne il tratto aderente ed abbandonarla, portando via la membrana che la riveste.

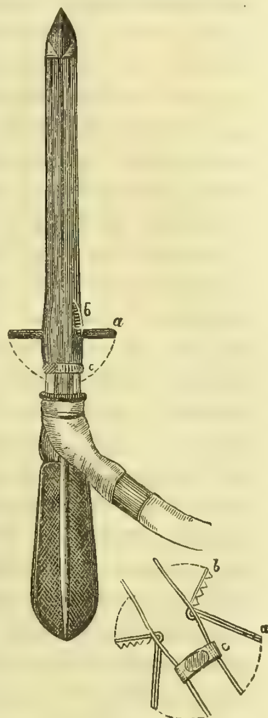


Fig. 190.

Quando il tumore è perfettamente libero da ogni adesione, e se ne è debitamente impiccolita la massa, bisogna legare il peduncolo. Per compiere questa parte della operazione convenientemente, il tumore deve essere ben sostenuto dagli assistenti. Nella maggior parte dei casi è meglio applicare una legatura temporanea ed amputare la massa del tumore per potersi occupare più agevolmente del peduncolo.

Modo di comportarsi col peduncolo. — In questi ultimi tre o quattro anni, il modo di legare il peduncolo, che è stato più largamente in uso, è quello adoperato qualche tempo fa dal Dr. Tyler Smith, cioè di stringerlo con fili di seta, due o più volte secondo i casi; tagliare i fili rasente nodo ed abbandonare il moncone a sè stesso. Sembra probabile che questo metodo diverrà di un uso quasi generale.

Clamp. — Il Dr. Jonathan Hutchinson introdusse l'uso di un *clamp* (veggasi fig. 191), per mezzo del quale si stringe il peduncolo portato al livello della ferita addominale e vi si mantiene fisso

---

[1] *Med. Times and Gaz.* vol. ii. 1882.

chiudendo nei contorni del moncone del peduncolo la ferita. Il doppio scopo di prevenire l'emorragia e di tenere il moncone alla superficie della ferita viene per tal modo raggiunto.

Il *clamp* di Spencer Wells si compone di due branche leggermente curvate, che s'incrociano quasi come forbici ed agiscono in tal modo che, se il peduncolo è largo, viene compresso in forma rotonda e se ne impiccolisce l'ampiezza. Questo *clamp*, ed un altro che già è stato largamente usato, di cui esso è una modificazione, è provvisto di lunghi manici, i quali mettono l'operatore in grado di spiegare una grande forza compressiva. Quando il *clamp* è stato fissato attorno al peduncolo, i due manici si possono distaccare.

Spencer Wells per alcuni anni adoperò quasi esclusivamente il *clamp*, ma ora usa la legatura coi fili di seta.

Applicazione del cauterio attuale. — Spetta a John Clay di Birmingham, il merito di avere per il primo applicato il cauterio attuale nei casi di ovariotomia, ma egli l'usò esclusivamente allo scopo di rompere le adesioni. Baker Brown per il primo se ne servì per tagliare e chiudere il peduncolo. Secondo questo metodo , il peduncolo viene chiuso fra due branche di un *clamp* di forma speciale, le quali poi si avvitano molto strettamente insieme ed un cauterio di ferro, in forma di cuneo, ad un moderato calor rosso, si applica in modo da dividere il peduncolo. Le parti vengono tagliate con lentezza, ma risolutamente, poi il *clamp* si svita e si fa ricadere il moncone nella pelvi. In alcuni casi i vasi non si obliterano perfettamente e dopo di aver tolto il *clamp* si nota che vi è un po' di perdita di sangue percui bisogna fare qualche legatura. Il *clamp* cauterio ha una duplice azione, comprime e schiaccia il peduncolo per l'altezza di un quarto o di un terzo di pollice e cauterizza la superficie, e appunto si deve adoperare in modo da raggiungere questi due scopi.

In questi ultimi anni, il cauterio ha avuto un largo uso, giacchè il Dottor Keith ha eseguito molte brillanti operazioni, servendosi di esso.

Degli altri metodi di stringere il peduncolo, quello antico di legarlo e portare le estremità dei lacci all'esterno, è stato completamente abbandonato. Il metodo di fissare il peduncolo ai margini della ferita per mezzo di punti di sutura, è ora adottato soltanto nei casi di operazioni incomplete. Per es. quando una cisti, dopo vuotata, non si può portar via.

Legatura colla seta ed abbandono del peduncolo. — Io credo che il Dr. Tyler Smith sia stato il primo a legare e abbandonare il peduncolo, ma altri operatori dell'epoca sua non si conformarono a questa pratica. Recentemente però, come ho già detto, la legatura colla seta si è fatta su larga scala.

Parlando di quest'argomento [1] Thornton afferma che dopo quest'operazione ha notato cinque risultati: 1° riunione dei lati opposti della legatura; 2° vascolarizzazione della linfa nella legatura; 3° adesione del moncone alle parti adiacenti; 4° emorragia mortale dovuta alla uscita dal nodo della legatura di una o più larghe vene della



Fig. 191.

estremità esterna del peduncolo; 5° quando sono avvenuti peritonite diffusa e versamento di siero può accadere che non si covra la legatura intorno al peduncolo.

La sostanza usata generalmente è la seta chinese pura, abbastanza grossa da permettere che si stringa energicamente; ma non troppo grossa e ben fenicata. Quando il peduncolo non è grosso bastano due legature e a questo scopo si passa un ago, che Spencer Wells preferisce a punta ottusa, attraverso il moncone, armato di doppio filo. Ciascuna metà si lega poi separatamente e poi si circonda con una terza legatura tutto il moncone. Quando il peduncolo è grosso bisogna legarlo in più di due sezioni. Le legature debbono farsi in modo da serrarsi l'una coll'altra. Un'altra precauzione è necessaria cioè di non abbracciare in ciascuna legatura molta parte del moncone altrimenti può avvenire che sfugga; quest'ultimo accidente è più facile a presentarsi verso l'estremità esterna del moncone. Il Dr. Bantock suggerisce che una piccola legatura esterna dev'essere applicata all'estremità del peduncolo in modo da avere un incavo in cui si possa fissar meglio il laccio esteriore.

È bene avere una grande attenzione nell'adattare le legature sul moncone per essere certi che ciascuna di esse faccia il suo ufficio, e nulla più, la qual cosa si accerterà dopo che il moncone sarà stato abbandonato, verificando se sfugge qualche goccia di sangue. Le estremità dei fili di seta si taglieranno in ultimo.

L'abbandonare il peduncolo sembra che sia un'ottima pratica e siccome la ferita addominale dopo viene chiusa completamente, il pericolo della setticemia è minore di quello che si corre quando si

---

[1] *Brit. Med. Journ.* Jan. 1878.

usa il *clamp*. Anche il cauterio ha quest'ultimo vantaggio, ma è meno infallibile della legatura a prevenire emorragie secondarie.

Drenaggio nell'ovariotomia. — Pochi anni dietro si è prestata molta attenzione a quest'argomento e dal Dr. Marion Sims, e da altri, si sono pubblicati casi ne' quali si trovò utile asportare i prodotti settici formatisi nella cavità peritoneale in seguito alla ovariotomia per mezzo del drenaggio. Il Dr. Marion Sims ha lungamente insistito sulla estrema importanza della completa e continuata evacuazione del materiale settico dalla cavità peritoneale dopo l'ovariotomia. Il drenaggio è stato eseguito per due vie, dalla vagina o dalla apertura addominale; quest'ultimo, come lo faceva il Dr. Keith, consisteva nell'introdurre tubi di vetro aperti alle estremità in mezzo alle labbra della ferita addominale.

Il Dr. Bantock e Thornton, hanno anche eseguito il drenaggio col metodo di Keith, ma dacchè si è introdotto il metodo antisettico in chirurgia, questa pratica è stata quasi completamente abbandonata. Si è visto che non è necessario, sia perchè il legare ed abbandonare il peduncolo in cavità meno probabilmente produce setticemia, sia perchè vi ha l'azione dello *spray* antisettico; ed ancora si disputa a che cosa realmente bisogna attribuire la diminuzione di questo accidente dopo l'operazione.

Metodo antisettico nell'ovariotomia. — Le misure di Lister per eseguire le operazioni sono state applicate all'ovariotomia in questi ultimi quattro o cinque anni da alcuni dei più celebri operatori. Spencer Wells, il Dr. Thomas Keith, Thornton, ed altri, lo hanno usato presso di noi. Sul continente è molto diffuso specialmente nella pratica di Nussbaum a Monaco.

Il Dr. Keith scrivendo nel 1878 [1] diceva che dal 1876 aveva eseguito tutte le sue operazioni sotto l'azione del nebulizzatore (*spray*). I suoi ultimi 41 casi così operati furono coronati da successo. I vantaggi furono: 1° Diminuzione della mortalità. 2° Con maggior sicurezza si possono raccomandare le operazioni in un periodo più precoce. 3° Il drenaggio è meno necessario. 4° La convalescenza è più facile. 5° Gli antisettici agevolano molto il compito dell'operatore. Scrivendo però più recentemente sullo stesso argomento sembra che il Dr. Keith abbia modificato le sue opinioni. Spencer Wells nel suo lavoro, ricordando i risultati di 1000 operazioni [2], dice che prima del 1878 egli aveva preso tutte le altre possibili precauzioni ma solo da quell'anno adottò il metodo antisettico; precedentemente in nessuna serie di 100 casi la mortalità era stata minore del 17 per cento, ma nelle ultime serie, dopo adottato il metodo antisettico, la mortalità scese

[1] *Brit. Med. Journ.* Oct. 1878.
[2] *Med.-Chir. Trans.* vol. lxiv.

all'11 per cento. Il numero totale di casi operati antisetticamente fino a quell'epoca fu di 134 con 13 morti, ossia colla mortalità del 9,7 per cento. Egli dice inoltre che subito dopo di aver adottato le precauzioni antisettiche adottò anche il metodo intra-peritoneale di trattare il peduncolo, però, prima di mettere in uso quest'ultimo, già si era accorto che, seguendo le norme antisettiche, vi era una grande differenza nella mortalità delle sue operate. Lo stesso autore trova con ciò che il drenaggio è appena necessario.

Il Dr. Knowsley Thornton [1] è uno strenuo difensore del metodo Listeriano nell'ovariotomia; egli ritiene di avere in tal modo portata la mortalità dei suoi casi al 9,35 per cento; d'altra parte Lawson Tait ed il Dr. Bantock, non si mostrano soddisfatti del nebulizzatore in quest'operazione. Tait [2] ritiene che la diminuita mortalità debbasi attribuire all'introduzione del metodo intra-peritoneale, sebbene non dica che il metodo antisettico sia assolutamente senza risultati. Il Dr. Bantock [3] solleva il dubbio se l'acido carbolico, come ordinariamente si usa col nebulizzatore, sia la causa dell'elevazione della temperatura consecutivamente. Egli ha ridotto la forza del getto a poco a poco fino all'1 in 150 e anche meno ed ottiene sempre buoni risultati; ritiene anzi che in alcuni casi agisca come veleno [4].

L'uso del nebulizzatore carbolico durante una lunga operazione, qual'è talvolta per necessità l'ovariotomia, indubitatamente è nocivo, ma il nebulizzatore può rendere più sicure le operazioni più brevi; oltre a ciò il suo uso non costituisce che una delle norme del metodo di Lister: la carbolizzazione degli strumenti, delle spugne, degli apparecchi in generale, aumenterà moltissimo la sicurezza dell'operazione, pur supponendo che non si usi il nebulizzatore.

Asportato il tumore e legato il peduncolo, bisogna scrupolosamente pulire il peritoneo per mezzo delle spugne ed allontanare qualunque traccia di sangue o di liquido che vi si possa trovare; in alcuni casi ciò non è necessario, quando il tumore è stato asportato senza lacerazione o versamento di sangue o di altro liquido nel peritoneo. Tutti i punti da cui sgorga sangue debbono essere legati; bisogna provvedere anche a tutte quelle rotture di adesioni da cui si perde sangue. Questa pulitura (*toilette*, come venne ben chiamata) del peritoneo, è importantissima. Le spugne che si adoperano per questa operazione finale, debbono essere nettissime.

Ora è il momento di eseguire le suture per riunire i margini delle ferite. Si fanno per lo più con forti fili di seta, i quali s'introdu-

[1] *Ibid.* vol. lxiv. p. 139.
[2] *Ibid.* vol. lxii. p. 161.
[3] *Med.-Chir. Trans*, vol. xliv. p. 103.
[4] Veggasi la discussione su quest'argomento. *Lancet*, 18 Dicembre 1880.

cono dall'interno appunto per assicurare il margine tagliato del peritoneo ed assicurare lo avvicinamento di un margine peritoneale all'altro. È bene situare una larga spugna schiacciata sotto la ferita durante il tempo in cui si maneggiano gli aghi. Situati tutti i fili, si toglie la spugna e si annodano. Prima di chiudere la ferita Spencer Wells raccomanda in particolar modo di contare scrupolosamente le spugne per essere certi di non dimenticarne qualcuna nella cavità addominale; anche le pinzette da pressione si devono contare quando se ne fa uso.

Prima di chiudere la ferita è necessario osservare l'altra ovaia e accertarsi ché sia sana; ove si trovi in essa un evidente tumore cistico e di tal natura da rendere probabile che, trascurandolo, cresca e richieda un'altra operazione, bisogna asportarla. Però può sorgere la questione se sia conveniente occuparsi di essa in qualche altra circostanza. Si tenga a mente che il follicolo *normale* di Graaf, quand'è vicino a scoppiare, ha un considerevole volume. L'asportazione della seconda ovaia si fa nello stesso modo della prima, ma con maggior facilità e rapidità.

Fatte le suture, si deve pulir bene la pelle ed asciugare e sovr'esse si adatta un po' di bambagia, poi si applicano liste adesive per mantenere i margini della ferita aderenti. In ultimo si può applicare un piumacciuolo di bambagia, si netta bene l'inferma e si porta a letto, applicando bottiglie piene d' acqua calda ai piedi.

La *cura consecutiva* è cosa della massima importanza, giacchè non giova aver eseguito eccellentemente l'operazione ove si commetta il menomo fallo nei periodi consecutivi. Una piccolissima negligenza può mandare frustrate le più belle speranze.

Un' assistente degna di fiducia e competente, deve col massimo scrupolo vigilare l'inferma ed impedirle di muoversi, la camera deve essere mantenuta moderatamente calda e ad una temperatura *eguale*, ma ben ventilata; due o tre volte nelle 24 ore, si applicherà il catetere.

Quando si adotta il metodo intra-peritoneale per il peduncolo, durante due o più giorni la ferita non richiede alcuna attenzione, basta vedere che nulla esca dal suo posto o che non vi sia formazione di pus. Durante le medicature si può adoperare il nebulizzatore; esse verranno eseguite colle precauzioni antisettiche, ove la cicatrizzazione ritardi. La bambagia è un eccellente mezzo per impedire il contatto con l'aria ed è altamente antisettica. Ordinariamente le suture si possono lasciare 5 o 6 giorni; nel toglierle fa d'uopo applicare con attenzione liste adesive.

Quanto ai cibi, è meglio evitarli per bocca al principio e dare di quando in quando soltanto pezzettini di ghiaccio e fare ogni 6 ore clisteri nutritivi, e quando si permetterà il cibo per bocca, comin-

ciare al principio col latte o col tè di carne. Dopo il secondo o terzo giorno, secondo le circostanze, si possono dare piccole quantità di stimolanti se il polso è debole e celere. Nei primi tre giorni mattina e sera si aggiungeranno venti gocce di laudano al clistere. Al quinto giorno si vuoterà l'intestino con un semplice clistere di acqua calda.

Non di rado avviene che lo stato dell'inferma subito dopo l'operazione sia quello di un grande esaurimento, ovvero poco tempo dopo si manifesta il vomito, che è molto difficile vincere. Quanto all'esaurimento si combatterà dando una sufficiente quantità di brandy e acqua o brandy e tè di carne per iniezione dal retto che, se è necessario, si può ripetere a brevi intervalli. Per la nausea di stomaco giova molto il ghiaccio per bocca. Le ripetute e profonde inspirazioni fanno eliminare il cloroformio o altro anestesico usato e così calmano il vomito che segue immediatamente l'operazione.

La morte dopo l'ovariotomia è principalmente dovuta alla commozione *(shock)* all'emorragia o alla setticemia. Le cause principali di essa possono essere: una debolezza di cuore, una malattia pulmonare o un'altra alterazione generale.

Bisogna allontanare la tendenza alla morte qualunque possa essere. Per la *commozione (shock)* si debbono usare i corroboranti; ammoniaca, brandy, champagne, oppio, isolatamente o tutti insieme. Per la *emorragia*, che può avvenire internamente, e si riconoscerà dalla debolezza e frequenza del polso e dalla progressiva mancanza di forze, l'unico efficace rimedio naturalmente è quello di arrestarla. Può essere necessario di riaprire la ferita e legare i vasi da cui si perde sangue se vi è ragione a sospettare che l'emorragia continuerà. Una forma deplorevole di emorragia è quella che ha origine da una larga superficie di rottura d'adesioni. In alcuni di questi casi sembra che il miglior rimedio sia l'applicazione del percloruro di ferro. Un'emorragia proveniente da una piccola area si cura meglio col cauterio attuale.

Per la *setticemia* (il quale nome si può adoperare in generale riguardo alla peritonite), per la tendenza alle formazioni purulente, per la timpanite ed altri gravi sintomi, dobbiamo sempre star sull'avviso fin dal primo momento; l'uno o l'altro di questi inconvenienti è quello con cui ha luogo la morte. L'inferma è in pericolo non appena il polso sale a 120 e la temperatura si eleva a 38° o poco più, benchè il grado di pericolo varii anche per altre circostanze. Lo stato del polso e la temperatura, riguardati insieme, presentano indicazioni più significative sullo stato dell'inferma.

L'elevazione della temperatura si deve sempre vigilare attentamente e combatterla. In parecchi casi, in cui essa era molto alta, è stata abbassata con l'applicazione della vescica di ghiaccio sul

capo; tre o quattr'anni fa, i chirurgi si sono preoccupati molto del modo di applicarla e si è immaginato un apparecchio speciale consistente in un tubo spirale della forma di una cuffia dentro al quale si faceva scorrere continuamente l'acqua ghiacciata (Thornton). Un altro metodo adottato era quello di covrire l'inferma con un lenzuolo bagnato in acqua ghiacciata; sembra però che in questi ultimi anni la cuffia ghiacciata sia divenuta meno necessaria per il grande successo ottenuto coi mezzi preventivi della setticemia.

Il caldo sull'addome, i cataplasmi, le fomentazioni di trementina ecc. sono necessarii sempre che vi sieno qualche dolore od irritazione locale. Quando però vi è una notevole elevazione di temperatura si trova che è tanto spesso dipendente da un processo settico nella cavità peritoneale che si va a cercare, esplorando dalla vagina o per altra via, se vi sono tumefazioni o raccolte purulente e parecchie vite sono state salvate aprendo o facendo uscire il contenuto di queste raccolte.

Una prudente amministrazione degli stimolanti diffusibili « etere, champagne » e le iniezioni nell'intestino di liquidi nutritivi sono necessarie quando le forze vanno decadendo a causa della setticemia o di altra alterazione. La timpanite, che in generale accompagna la peritonite, è una complicazione deplorevole; un lungo tubo rettale di O' Byrne è utile in questi casi. Si narra di un'inferma nella quale si ottenne lo scopo di far cessare un grave meteorismo, capovolgendola.

La diarrea è pericolosa: si deve arrestare facendo a principio iniezioni di acqua calda per vuotare il retto e poi iniezioni laudanizzate con piccole e frequenti dosi, in seguito possono esser necessarie quelle di acqua e brandy.

Spesso la vita è appesa ad un filo nei primi giorni consecutivi alla ovariotomia, ma l'esperienza ha dimostrato che casi in apparenza molto disperati guariscono con una scrupolosa assistenza, colla alimentazione fatta nei modi sopradetti e l'amministrazione di champagne o di altri stimolanti in dosi piccole, ma molto frequenti.

Per alcuni giorni l'inferma deve giacere assolutamente sul dorso, si devono prevenire le piaghe da decubito usando cuscini pieni d'aria e si deve procurare la massima nettezza e specialmente la massima asciuttezza della biancheria e della superficie del corpo.

Operazioni esplorative. — In questi ultimi anni le operazioni di apertura dell'addome fatte allo scopo di determinare se è possibile eseguire un'altra operazione, in certi casi si sono riconosciute legittime; è notevole che quando si eseguono con le precauzioni antisettiche, queste aperture dell'addome producono pochissimo disturbo.

Ovariotomia durante la gravidanza. — In questi ultimi anni è stata eseguita l'operazione in pochi casi di gravidanza. Spencer

Wells [1] riferì 9 casi con 8 guarigioni ed in 5 il feto nacque all'epoca fisiologica. Vi furono 3 operazioni al terzo mese, tre al quarto, una al sesto e una al settimo. A questo proposito il Dr. Playfair disse che egli aveva raccolto tredici casi dei risultati di malattie ovariche e di gravidanza, su cui 7 volte avvenne la morte alla fine della gravidanza. Il Dr. Galabin [2] riferisce un caso di ovariotomia al 6° mese con favorevole risultato e sgravo al termine fisiologico. Egli dice che nella maggior parte, se non in tutti i casi riferiti, di operazioni dopo il 4° o 6° mese, presto o tardi seguì un parto prematuro. Wells evidentemente preferisce di operare piuttosto presto che tardi quando vi è gravidanza. Non sembra possibile poter dare norme precise circa l'operazione durante la gravidanza, ma è evidente che se l'inferma soffre, è necessaria l'ovariotomia pur correndo il pericolo di provocare più tardi un parto prematuro. Le probabilità, tutto considerato, sono sempre più in favore dell'operazione.

Cura palliativa dei tumori ovarici. — L'esperienza dei tempi passati non conferma la credenza che con qualche rimedio speciale si possa trarre grande benefizio nei casi di *idropisia ovarica.* Il jodo, il bromo ed i loro composti, spesso sono stati raccomandati in questi ultimi anni; il jodo è stato applicato anche esternamente, però non si è visto che dal suo uso derivasse un gran beneficio; solo nei primi periodi del male è bene fare un tentativo. È cosa estremamente dubbia se abbiamo qualche rimedio da cui si possa sperar molto, ma sembra ragionevole il supporre, e sta in armonia con la esperienza, che badando alla salute generale dell'inferma, osservando le regole relative alla dieta, al moto, ed al metodo di vita in complesso, si può spiegare una favorevole influenza e forse arrestare l'ulteriore progresso della malattia. Tanto più dobbiamo far ciò, se dalle informazioni risulta che lo stato generale dell'inferma era poco soddisfacente qualche tempo prima della manifestazione della malattia. Si ricorra o no ai mezzi operativi in ultimo, dobbiamo intanto studiare minutamente le particolarità della vita dell'inferma, le sue abitudini, quali sono i suoi alimenti ecc. e si devono dare quei rimedî che giovano a corroborarne la salute. Spesso saranno richiesti il ferro, la china o altri tonici che fanno al caso. Bisogna regolare lo stato delle intestina ed, ove occorra, prescrivere blandi lassativi. Quando vi è un tumore ovarico nella pelvi, spesso sono necessarî i clisteri poichè talvolta fa pressione sul retto ed impedisce la defecazione. Nei casi in cui la malattia è di gran lunga avanzata e

---

[1] *Obst. Soc. of London*, July 1877.
[2] *Brit. Med. Journ.* March 13, 1880.

nei quali per qualche causa sono impossibili i mezzi operativi si deve instituire una conveniente cura palliativa. La grande difficoltà s'incontra per lo più a mantenere la funzione digestiva, essendovi spesso una grande irritabilità dello stomaco e ripugnanza a prendere cibo. Gli alimenti debbono essere molto nutritivi e di facile digestione.

CAPITOLO L.

MALATTIE DEL PERINEO E DELLA VULVA.

Esame degli organi genitali esterni.—Diagnosi delle ulcerazioni della vulva di vario genere — Aderenze delle labbra ; Cura — Elefantiasi della vulva — Ipertrofia delle labbra e delle ninfe — Anasarca delle labbra o delle ninfe — Ipertrofia della Clitoride — Condilomi, vegetazioni verrucose della vulva ; Asportazione — Lupus della Vulva — Cancro degli organi genitali esterni ; Cura — Ascessi delle labbra e furuncoli — Tumori sanguigni della vulva — Tumori fibrosi, adiposi e cistici della vulva; Cura — Ernia delle labbra e delle ovaie — Forme varie di infiammazione della vulva ; Cura — Vulvite nei bambini — Prurito della vulva — Cura.

Metodo di esame. — Per le osservazioni ordinarie la posizione sul fianco conviene benissimo; in altri casi la posizione sul dorso è migliore.

DIAGNOSI DELLE ULCERAZIONI DEGLI ORGANI GENITALI.

Circa la diagnosi differenziale con le ulcerazioni di natura sifilitica, cancerosa, lupoide o d'altro genere, devesi notare fin da ora che è preferibile nei casi dubbî di fondarsi piuttosto sulle deduzioni che si possono fare da un attento esame della storia e dei sintomi generali dell'ammalata, anzichè sulla apparenza stessa della superficie ulcerata, poichè quest'apparenza è facile che porti, quando sia considerata isolatamente, a conclusioni erronee.

Le ulcerazioni dovute alla *sifilide* si distinguono da quelle prodotte da lupus dai seguenti caratteri. Nel caso di sifilide , benchè superficialmente le ulcere possano essere uguali a quelle da lupus , non si trova però indurimento del tessuto cellulare sottostante. Nel lupus manca il color di rame della sifilide. La storia ed il corso delle due affezioni, la mancanza di manifestazioni sifilitiche in altre parti del corpo, nei casi in cui la malattia della vulva ha durato per qualche tempo almeno , sarebbero contro la sifilide. Le ulcere sifilitiche hanno una predilezione per l'interno della superficie mucosa della vulva e specialmente per le piccole labbra. Nel caso di lupus di forma più grave , nel quale siavi una consi-

derevole distruzione dei tessuti della parte, vi potrebbe essere possibilità di confonderlo con le forme fagedeniche della sifilide. Qui la distinzione dovrebbe fondarsi sul corso rapido delle malattie sifilitiche e sul corso cronico delle forme di lupus; aggiungendo che la antecedente storia del caso potrebbe gettare molta luce su questo soggetto.

Le ulcerazioni dovute a malattia *cancerosa* della vulva hanno ordinariamente i caratteri che le ulcere cancerose assumono in altri siti. Gli orli duri, frastagliati e rovesciati, un considerevole indurimento del tessuto sottostante, maggiore di quello che notasi nei casi di lupus, accidentali emorragie, i dolori lancinanti ed il corso progressivo del male — questi sono i principali caratteri distintivi di tali ulcerazioni. Vi sono minori disturbi costituzionali nei casi di cancro della vulva che in quelli di cancro in altri siti, tanto più che il cancro della vulva è ordinariamente della varietà epiteliale. L'ulcerazione sifilitica in generale può difficilmente essere confusa col cancro; il corso delle due malattie è essenzialmente diverso, il cancro si limita ad un solo sito e non si trovano, come nel caso di lupus, manifestazioni sifilitiche in altre parti del corpo. Ciò nonostante la diagnosi di ulcera sifilitica non è sempre così facile. Il Dr. West osservò alcuni casi di ulcerazioni sifilitiche croniche della superficie mucosa della vulva ch' egli suppone abbiano avuto origine da sifilide terziaria, ma che egli trovò altrettanto difficili a guarire quanto a determinare la loro natura maligna [1]. Le ulcere di cui egli fa parola trovavansi sulla mucosa della vulva e perciò erano più facilmente visibili.

Nel lupus c'è maggiore indurimento all'intorno ed alla base dell'ulcera e l'orifizio è di sovente contratto; mentre che nei casi citati dal Dr. West, di supposta origine sifilitica, mancavano questi caratteri.

Le ulcerazioni semplici si distinguono ordinariamente da quelle di origine sifilitica per la mancanza di infiammazione intorno alle ulcere, la quale si osserva invece nelle sifilitiche.

Per ben due volte ho osservato in una giovane scrofolosa una piastra ulcerativa della grandezza di una lira sulla superficie delle grandi labbra. Questa forma di ulcerazione potrebbe esser chiamata *Ulcera scrofolosa delle grandi labbra*. Gli orli erano molto ben delineati, c'era poca infiammazione all' ingiro ed era poco dolente. In entrambe le occasioni l'ulcera appariva simultaneamente a gravi disturbi costituzionali e spariva non appena l'ammalata si recava in campagna e il suo stato generale migliorava.

---

(1) *On Diseases of Women*. p. 651.

ADERENZA DELLE GRANDI LABBRA.

Le grandi labbra trovansi talvolta aderenti nella linea mediana e non lasciano che una piccola apertura in sopra, cioè l'orifizio uretrale. I casi di questo genere si osservano specialmente nelle bambine o nelle fanciulle.

Tale adesione si trova qualchevolta, ma solo in grado parziale, dopo che è raggiunta l'età adulta. La chiusura di cui qui parliamo è assai diversa da quella che si trova più in alto entro la vagina, in cui si tratta dell'imene; in quest'ultimo caso la membrana ostruente non è visibile finchè non sieno separate le labbra. Qui l'ostruzione delle labbra è alla superficie, giacchè il rafe perineale si estende più avanti che di consueto e tutta la parte visibile della vagina si riduce ad un piccolo recesso immediatamente sotto l'apertura uretrale.

La *cura*, che si richiede, è la seguente: Si unge d'olio il manico d'avorio di un bistori, s'intromette l'estremità del manico appena sotto l'orifizio dell' uretra e si esegue la separazione premendo dall'esterno l'orlo del manico contro la parte occlusa, che ordinariamente cede con facilità. Un po' di filaccia imbevuta d'olio s'introduce poi fra le due labbra divaricate e si lascia per uno o due giorni. Quest'operazione dovrebbe essere fatta durante il primo anno di vita. Nelle rare occasioni in cui l'aderenza dura perfino dopo la pubertà, potrà essere necessario di procedere ad una incisione.

ELEFANTIASI DELLA VULVA.

L'elefantiasi della vulva è una ipertrofia speciale della pelle di quest'organo. È però una malattia rarissima; la grandezza del tumore che si forma in questo punto può essere considerevolissima, come nel caso descritto nell'edizione francese dell'opera di Scanzoni sulle « Malattie delle donne » in cui le labbra, cresciute enormemente di volume, scendevano fino alle ginocchia. Si dice che nel Barbadoes questo morbo sia epidemico; nelle zone temperate non si osserva molto di frequente (Scanzoni).

IPERTROFIA DELLE LABBRA E DELLE NINFE.

Questa malattia non è molto rara. L'aumento di volume è dovuto generalmente, quando le grandi labbra ne sono passionate, alla presenza di una grande quantità di adipe. Tale aumento, o che dipenda dall'adipe o da un tessuto fibro-cellulare, è liscio ed uniforme, e per ciò appunto differisce dall'elefantiasi e dalle altre forme di

ingrossamento delle labbra. L'ipertrofia può passionare solamente le grandi o le piccole labbra. Un notevole caso di ipertrofia delle ninfe fu descritto da Breslau; in esso la presenza del tumore e lo stiramento esercitato sugli orli dell'orifizio uretrale avevano prodotto l'incontinenza dell'urina.

In pochi casi, quando cioè il volume straordinario dell'organo impedisce la locomozione e dà origine ad altri incomodi, le parti ipertrofizzate dovranno essere escise.

ANASARCA DELLE GRANDI LABBRA O DELLE NINFE.

In questi casi ha luogo un versamento liquido nel tessuto connettivo delle grandi labbra, o delle ninfe, o di entrambe e ordinariamente i due lati ne sono colpiti; la distensione è uniforme, non è dolente, ed è conseguenza di un ostacolo alla circolazione addominale, come succede durante la gravidanza o nelle malattie organiche generali del cuore, del fegato, dei reni, ecc.

I caratteri differenziali dell'enfiagione dovuta a questa causa, sono che il turgore è uniforme, liscio, cedevole alla pressione e indolente, almeno sul principio, soventi sopravvengono in seguito forti dolori, ma questi son dovuti alla escoriazione della superficie.

La *cura* consiste nel mantenere la posizione orizzontale e nell'applicazione di ammollienti, come le fomentazioni di papavero o le lavande tepide composte di una miscela d'acqua e spirito. Queste applicazioni producono gran sollievo e per lo più bastano. Quando il turgore è estremo si formano dolorose escoriazioni prodotte dallo strofinio delle due opposte superficie. In questi casi per impedire il confricamento si applicheranno fra le parti ammalate filacciche imbevute nel suddetto liquido di lavanda.

IPERTROFIA DELLA CLITORIDE.

Di quando in quando si trova in seguito ad eczema della pelle circostante, o ad infiammazione cronica delle parti che la circondano, a sifilide o anche senza cause evidenti. Qualche volta è congenita. La clitoride può anche essere sede di tumori cancerosi. Si ricordano casi in cui la clitoride raggiunse un enorme volume tanto da rendere il muoversi ed il camminare assai difficile; che il tumore non sia altro che la clitoride si accerterà con l'attento esame del suo punto di attacco superiormente [1].

---

[1] Parecchi casi di ipertrofia della clitoride trovansi descritti nel pregevole trattato di *Malattie delle Donne* del Dr. Churchill.

Nei casi di onanismo la clitoride può diventare, ma non sempre, indurita ed ipertrofica.

Cura. — Quando la clitoride è ipertrofica, può essere necessaria l' amputazione a cagione degli inconvenienti meccanici che produce la presenza di un grande tumore in questo punto: l'amputazione della clitoride allo scopo di guarire l'onanismo, nei casi in cui venne eseguita, non diede risultati soddisfacenti.

CONDILOMI, VEGETAZIONI VERRUCOSE, ECC.

Si conoscono varie forme di vegetazioni degli organi genitali esterni. I *condilomi* sono escrescenze verrucose , soventi di grandezza considerevole, piatte, lisce, le quali crescono regolarmente intorno all'orifizio della vulva, qualche volta in tale numero da otturarne quasi l'entrata. Si osservano in casi di sifilide degli organi genitali femminili; in questi casi si ha uno scolo fetido profuso e all'esame è resa evidente la loro origine sifilitica. Sulla superficie vulvare si trovano però anche condilomi di carattere non sifilitico e somiglianti a quelli che crescono in altre parti del corpo. La diagnosi differenziale fra i casi sifilitici e quelli non provenienti da sifilide di solito non presenta difficoltà di sorta. Le ulteriori considerazioni sopra questo soggetto non entrano nei limiti di quest'opera.

Cura. — Quando i condilomi sono grandi e numerosi la cura preferibile è quella di asportarli col bistori, dopo aver anestesizzata l'inferma. In altri casi si potrà usare anche l'acido nitrico o la lunaria caustica. In seguito si potranno usare largamente lavande di acqua fagedenica nera, o una forte soluzione di ioduro di potassio e si daranno internamente rimedî antisifilitici. I condilomi più piccoli si potranno asportare con le forbici.

LUPUS DELLA VULVA.

I principali caratteri distintivi di questa malattia, del resto non molto frequente, sono l'assottigliamento della pelle, l'ipertrofia e formazione di noduli nel connettivo sottostante, d' indurimenti, d' ingrossamenti, ulcerazioni e retrazioni. Il male è cronico e non è di solito doloroso. Le ulcere si formano con lentezza e mentre la superficie guarisce in un punto, si sta ulcerando in un altro. Le retrazioni lasciate dalla guarigione delle ulcere sono considerevolissime. Questa malattia differisce dal cancro, ma ha una grandissima somiglianza col lupus della faccia. La malattia fu per la prima volta descritta esattamente da Huguier, il quale divide i casi di questo morbo in tre categorie, cioè nella forma superficiale, nella perforante e nella ipertrofica [1]. Il Dr. West, la cui descrizione del Lupus è completissima, ne ha osservato 5 casi [2].

---

[1] L'importante memoria di Huguier si trova nelle *Memoires de l'Acad. de Med.* 1849.
[2] *Op. cit. p.* 158.

La malattia soltanto in uno di questi casi fu osservata prima di venti anni. Per lo più dai 20 ai 35. La sua durata può essere dedotta dall'affermazione del Dr. West che nei 14 casi osservati da Huguier e da lui, alcuni guarirono dopo più di 3 anni ed altri migliorarono molto anche dopo 8 anni. Un sol caso durò da 10 ad 11 anni. La malattia, quando è mortale, uccide per la peritonite, per le fistole, per il restringimento dell'intestino e non perchè, come fa il cancro, attacchi qualche organo lontano o perchè fa subire la stessa alterazione patologica a tutti i tessuti (West). Il Dr. M' Clintock dà la storia e la figura di due casi di questa rara malattia nella sua opera.

Cura. — Sembra che la guarigione perfetta del lupus della vulva sia rara, benchè questa malattia possa molto migliorare con la cura. Le lunghe cure con piccole dosi di mercurio e di ioduro di potassio, giusta l'esperienza del Dr. West, sembra che sieno efficacissime. Scanzoni raccomanda l'uso del joduro localmente e internamente, Huguier e West insistono sulla grande opportunità di asportare le ninfe o qualcuna delle parti adiacenti che si possono facilmente amputare, semprechè le ulcerazioni manifestate sovr'esse non sembrino disposte a guarire. Il Dr. West inoltre consiglia di asportare le vegetazioni come misura preparatoria di altre operazioni ed egli ritiene che il cauterio attuale sia preferibile a qualunque specie di cauterio potenziale per ottenere che guariscano le ulcerazioni prodotte da questa malattia. Il Prof. E. Martin [1] di Berlino, riferisce un caso in cui applicò l'acido nitrico fumante alle parti ammalate, mentre l'inferma era sotto l'azione del cloroformio e poi un caustico più blando cioè il nitrato di argento. L'inferma, che avea 25 anni, guarì. La distruzione della superficie ammalata per mezzo della potassa fusa, come la faceva il Prof. Humphry, nei casi di lupus della faccia, sembra che sia un mezzo di cura che si possa applicare nei casi di questa malattia.

CANCRO DEGLI ORGANI GENITALI ESTERNI.

Ordinariamente si presenta la forma epiteliale. Sono molto più rare la scirrosa e la midollare. Qualunque parte degli organi generativi esterni può essere il punto di partenza della malattia, — la clitoride, le labbra, son colpite più comunemente. Nel suo primo periodo il cancro epiteliale si presenta come « un tubercoletto duro alla superficie esterna, ma vicino al margine, del labbro » (West). Questo tubercolo non è ordinariamente doloroso, ma produce prurito e bruciore. La diagnosi degli induramenti dovuti ad un cancro incipien-

---

[1] *Mon. f. Geb.* Nov. 1861 p. 348.

te delle labbra spesso è un poco oscura al principio. In un caso, capitato sotto la mia osservazione, l'accidentale presenza di un acuto dolore, nell'inguine, mi fece sospettare che vi fosse un cancro, ed i fatti dimostrarono che il sospetto era ben fondato. Dopo alcuni mesi di durata la superficie si ulcerò e l'ulcerazione poi si diffuse. I margini delle ulceri cancerose sono duri e quest'indurimento forse è la nota più caratteristica dell'ulcera. Talvolta vi è emorragia, poi le glandole inguinali si tumefanno, e l'organismo intero è attaccato nel solito modo caratteristico. La malattia può incominciare nell'inguine come nel caso del Dr. M' Clintock, e diffondersi agli organi generativi.

Jonathan Hutchinson ha raccolto le particolarità relative a 14 casi di cancro epiteliale degli organi genitali femminili [1]. La parte attaccata era un labbro, e, in uno o due casi, anche la clitoride e le ninfe. La durata più lunga della malattia fu di 5 anni. Si narra che in 3 casi si riprodusse dopo l'operazione e che questa abbia prodotto la guarigione radicale negli altri casi tranne uno, di cui non si dice il risultato.

Cura. — Quando, come ordinariamente avviene, la malattia è della varietà epiteliale, si deve eseguire ben presto la escisione se la posizione e i rapporti del tumore sono tali da renderla possibile. Quando il tumore è tanto avanzato che vi sono ulcerazioni profonde, l'asportazione non è ammissibile e allora sono più opportune le applicazioni topiche, come le soluzioni bromiche.

ASCESSO DELLE LABBRA, FURUNCOLI.

L'ascesso della vulva è qualificato dalla presenza di un gonfiore circoscritto di forma rotonda di grandezza variabile, in un solo lato, ordinariamente alla parte interna di un labbro e che è doloroso e molto sensibile al tatto. Può essere prodotto da colpi o traumi di qualsiasi specie, da abuso del coito, da lacerazioni, come nei casi di prurito, di masturbazione, ecc. La *sede* più frequente della malattia è la glandola situata ad uno dei lati, conosciuta col nome di glandola vulvo-vaginale o di Duvernoy; questa glandola s'infiamma o l'orificio del dotto si chiude e così ha origine l'ascesso. La maggior parte dei casi di ascesso circoscritto delle labbra ha origine in questa glandola. L'ascesso della vulva in forma più diffusa si può osservare come conseguenza di lesioni puerperali o concomitante ad edema durante la gravidanza o in altre congiunture.

I *furuncoli* si possono osservare nelle labbra, come in altre parti del corpo. Essi producono molta irritazione e disturbi di vario genere. Quando un furuncolo è in via di guarigione, spesso se ne forma

---

[1] *Med. Times and Gaz.* Oct. 1860, p. 379.

un altro e la malattia può così durare per un considerevole spazio di tempo.

Cura. — L'ascesso ordinario, circoscritto, di un labbro, consecutivo ad infiammazione o chiusura del dotto della glandola ivi situata, si cura benissimo con una incisione fatta ben presto. Eseguita questa (non bisogna farla finchè si possa mettere in discussione che il gonfiore possa dipendere da un'ernia), si applicheranno i cataplasmi caldi e si prescriverà l'assoluto riposo. Per calmare il dolore saranno necessarî i preparati d'oppio. La cura dei furuncoli spesso è imbarazzante e nojosa. È necessaria una grande nettezza e in generale i tonici. Si è visto che sono utili le applicazioni di nitrato d'argento in forma solida.

TUMORE SANGUIGNO DELLA VULVA.

Questa non è una malattia comune; il tumore composto di sangue versatosi nel tessuto della parte e senza dubbio uscito dai vasi degli elementi erettili descritti col nome di bulbo del vestibolo da Kobelt, in generale è circoscritto ad un lato. Può essere di considerevole volume, è indolente, se il versamento non è grande e la superficie non è infiammata. Le donne vanno molto soggette a questo « trombo » della vulva, come vien chiamato, durante la gravidanza ed il gonfiore è stato talvolta così notevole da impedire il parto. Frequentemente si è osservato che dopo il parto avvengono versamenti nel tessuto connettivo di questo sito. Talvolta avviene che il tumore, o le vene dilatate ad esso vicine, si rompano all'esterno seguendone grave emorragia.

Il Dr. M'Clintock descrive l'affezione sotto il nome di « Ematocele delle pudenda ». Questo autore, che ha registrati alcuni interessantissimi casi di quest'affezione, crede che uno stato varicoso dei vasi della vagina o della vulva non sia, come generalmente si suppone, un precursore della rottura che permette la fuoruscita del sangue; sopra più di 38 casi, registrati per lui dal Dr. Halahan, non ci furono che soli 2 casi in cui lo stato varicoso delle vene era stato notato. L'affezione era stata osservata in primipare 13 volte su 25 casi in cui il numero delle gravidanze era stato notato. Il Dr. M'Clintock[1] non ha mai osservato casi di trombo della vulva mancando la gravidanza, fuorchè quando esso era il risultato di un trauma diretto; e perfino durante la gravidanza è molto rara la sua spontanea comparsa, essendo la causa traumatica la più solita a produrre tale affezione. Mauriceau cita un caso in cui un tumore sanguigno nel labbro sinistro era durato 25 anni e che quando

[1] *Clinical Memoirs on Diseases of Women.* Dublin, 1863.

venne aperto, lasciò uscire un contenuto simile a quello del sacco di un aneurisma [1]. Questo era, d'altronde, un caso eccezionalissimo; ordinariamente il trombo della vulva è un' affezione recente, di formazione piuttosto repentina, e nella maggior parte dei casi, è un accidente concomitante al parto.

Cura. — Questi tumori si curano benissimo col riposo o coll'uso continuo di lavande tiepide. Non ci sarà bisogno della cura chirurgica, a meno che il coagulo — ciò che è raro — subisca la fusione e si formi una specie di ascesso, per cui può essere necessaria la puntura.

L'emorragia, che può accompagnare la rottura di questi tumori, si curerà con la più scrupolosa e continua applicazione della pressione e del freddo. Talvolta questo accidente è stato mortale.

FIBROMI DELLA VULVA; TUMORI ADIPOSI E FIBRO-CELLULARI; TUMORI INCISTATI.

Nei genitali esterni i *fibromi* non si osservano molto spesso; sono caratterizzati da uno sviluppo lento, sono indolenti e circoscritti, essi possono divenire peduncolati ed il peduncolo può essere lungo. Vi è una forma speciale di fibroma — *il ricorrente* — di cui si ricorda un importante esempio da G. Simon [2]; in questo caso dopo ripetute asportazioni, la malattia sempre riappariva ed in ultimo produsse la morte. Le forme ordinarie di fibromi non hanno tale tendenza a riprodursi.

Tumori adiposi e fibro-cellulari della vulva. — Il Dr. Churchill [3] riferisce casi nei quali si osservavano tumori corrispondenti a questa denominazione. Sir Henry Thompson ha riferito un caso nel quale un tumore lobulato resistente, del peso di circa quattro libbre (inglesi) verificato all'asportazione; partiva dagli organi esterni della generazione e penzolava in basso fino a due pollici dalle ginocchia. La sua superficie era fenduta e nodulare ed era costituita da tessuto connettivo ipertrofico, con grasso negli interstizî. Era comparso da nove anni; l'inferma ne aveva 46. Il principale incomodo prodotto dal suo tumore dipendeva dal suo peso [4].

Il tumore encistico della vulva è raro. Raggiunge il volume di un uovo o meno e trovasi appunto entro l'apertura vulvare da un lato. Io ne ho visto due esempî.

Capelle riferisce il caso di una donna di 30 anni la quale aveva un enorme ingrossamento, chiamato da lui, *tumore lipomatoso*, del volume del capo di un adulto, che aveva origine nel labbro destro

---

[1] *Mal. des Femmes*, tom. ii, p. 29.
[2] Schmidt's *Jahrb.* vol. cv. p. 63.
[3] *On Diseases of Women*, 4th edit.
[4] *Trans. of the Path. Soc.* vol. vi, p. 269.

e giungeva fino al ginocchio. Fu asportato col bisturi [1]. Lo sviluppo di questo tumore era cominciato 10 anni prima.

Tumore secernente delle labbra. — Uno stato edematoso solido delle labbra con grande secrezione dai follicoli mucipari talvolta si osserva nella pratica. Generalmente è circoscritto ad un lato; il tumore è liscio, ma resistente, la superficie è alquanto lobulata e vi è una profusa secrezione acquosa. Il primo che descrisse questo tumore fu Sir C. M. Clark.

CURA DEI TUMORI DELLE LABBRA.

Le varie forme di tumore delle labbra per lo più non ammettono che una sola cura, l'escisione. Il pericolo inerente a quest'operazione in generale non è considerevole, ma quando il tumore è molto grosso o attaccato ad una larga base può riuscire difficile il frenare la emorragia e può essere necessaria la legatura dei vasi ad uno ad uno a misura che si procede nella operazione. In alcuni casi è bene passare da parte a parte il peduncolo tre o più volte allo scopo di prevenire l'emorragia che accompagna il principio dell'incisione.

Il tumore encistico della vulva si cura benissimo dissecandolo; se si preferisce, può essere punto semplicemente, ma allora la cisti è soggetta a riempirsi di nuovo.

Nei casi di tumori secernenti delle labbra è stata eseguita la estirpazione del labbro passionato. Le nostre attuali conoscenze sulla malattia sono in certo modo vaghe e poco complete. Si danno poche opportunità di osservarla o di determinare se è una malattia speciale ovvero una modificazione della malattia conosciuta col nome di eczema della vulva. In tali casi il Dr. Churchill raccomanda grande attenzione allo stato generale ed una alimentazione generosa. Il riposo, l'uso di applicazioni astringenti, come l'amido, la corteccia di quercia in decotto, o per lavande, costituiscono la cura palliativa.

ERNIA DELLE GRANDI LABBRA.

Un ingrossamento situato alla parte superiore delle labbra, da un lato, può dipendere da un'ernia in questo sito. In tal caso l'ernia segue il tragitto del ligamento rotondo. È caratterizzata dalla posizione, trovandosi nel tragitto del suddetto ligamento o dalla mancanza di dolore, quando non è infiammata, e dalla propulsione comunicata col tossire.

ERNIA DELL'OVAIA.

In alcuni casi molto rari si osserva un tumore nella parte supe-

[1] *Journ. de Méd. de Bruxelles*, Jan. 1850, p. 41.

riore del labbro di un lato (nel celebre caso riferito da Pott, in ambo i lati) costituito dall'ovaia, nel qual caso un sacco di peritoneo si prolunga nel sito sopradetto. Il Dr. Meadows ha narrato la storia di un caso importantissimo [1] nel quale vi fu primariamente una comune ernia inguinale irreducibile e poi un'ernia ovarica. In tal caso il tumore produsse tanto disturbo da dover essere asportato con un'operazione chirurgica.

VARIE FORME D'INFIAMMAZIONE DELLA VULVA.

Vulvite. — L'infiammazione acuta della vulva può essere prodotta da colpi, da smodato esercizio del camminare, da abuso del coito, da masturbazione, da infezione gonorroica, da sifilide e si può presentare insieme ad affezioni croniche della vulva o della vagina, come il lupus, l'infiammazione follicolare, il cancro, ecc. L'infiammazione erisipelatosa si osserva in questo come in qualunque altro sito. L'ascesso della vulva, in cui vi ha soltanto una tumefazione circoscritta di una parte di essa, non è compreso nella presente serie di casi, benchè la vulvite possa produrre l'ascesso.

La vulvite cagionata da una delle precedenti cause può essere di grado più o meno avanzato ed i sintomi osservati varieranno secondo l'epoca in cui si visita la inferma. Il gonfiore delle labbra, il dolore per qualsiasi movimento, la sensibilità, il dolore nell'urinare, il rossore della mucosa, con febbre più o meno irritativa, questi sono i sintomi ordinariamente presenti al principio della malattia. Uno scolo più o meno copioso, ed in generale di natura purulenta o mucopurulenta esce dallo spazio che divide le due labbra, la pelle della regione superiore interna delle cosce è escoriata, il gonfiore può essere molto considerevole. Se la donna non è visitata fino ad un periodo più tardivo il gonfiore ha potuto finire, ma la sensibilità e lo scolo continuo ed una molesta irritazione ed escoriazione della superficie mucosa si osservano ancora. In alcuni casi troviamo che la superficie mucosa della vulva è coverta da piastre essudative difteriche e contemporaneamente vi ha uno stato infiammativo subacuto generale della vulva. In tali circostanze l'inferma è debole e prostrata e questi casi si possono presentare in forme epidemiche.

La vulva può essere attaccata da una forma aftosa d'infiammazione la quale più specialmente si osserva nelle fanciulle.

Colla vulvite si può accompagnare la flogosi della parte più elevata del canale vaginale o anche uno scolo e infatti la vulvite cronica per lo più va unita alla vaginite. L'infiammazione però molto

---

[1] *Obst. Trans.* vol. iii.

spesso è quasi del tutto circoscritta alla superficie vulvare, onde la necessità di studiare separatamente questi casi.

Lesioni flogistiche croniche della vulva. — Nell'eczema della vulva troviamo rossore della pelle delle pieghe che stanno fra le labbra e la coscia e le loro vicinanze, e vi ha un prurito molto continuo e molesto. L'abuso dell'esercizio del camminare talvolta basta a produrre questa malattia sotto una forma blanda. Vi ha però una forma più cronica ed ostinata, non rara. Quando la malattia si è fatta tanto cronica la pelle è spesso ingrossata, ipertrofizzata e i peli sono in gran parte scomparsi. Il *prurigo* dei genitali esterni non è comune; giacchè il prurito, quando vi è, dipende da altre condizioni delle parti.

La *follicolite vulvare*, lesione della quale dobbiamo la conoscenza al Dr. Holdham e ad Huguier di Parigi, è costituita dalla presenza di piccole prominenze rotonde irregolarmente sparse sulla superficie della vulva. Esse sono dolorose e irritabili e dopo un certo tempo si rompono e ne esce un po' di liquido puriforme e la superficie vulvare in generale s'infiamma, si fa rossa e qua e là si ulcera. L'infiammazione sta nei follicoli mucosi della superficie. Quest'alterazione s'incontra più specialmente nelle gravide e durante i calori dell'estate e sembra cagionata dalla mancanza di nettezza, dall'abuso del coito, ecc. Secondo il Dott. Holdham lo sfintere della vagina frequentemente è contratto ed uno stato iperestesico doloroso dell'orifizio vulvare accompagnasi talvolta a questa infiammazione follicolare. Le piccole superficie ulcerate, rimaste dopo l'uscita del pus, si distinguono dalle ulcere dovute alla sifilide perchè queste ultime in generale trovansi alla superficie interna delle piccole labbra, sono più estese ed hanno una storia speciale, mentre nella follicolite vulvare tutta la vulva è più o meno attaccata; la superficie ulcerata è molto piccola e non tende ad estendersi.

La malattia è molto dolorosa; l'inferma trova difficoltà a sedere comodamente; il dolore nel coito, il prurito molesto, le accidentali emorragie della superficie della vulva, uno scolo leggiero, ecco i sintomi che generalmente si osservano isolati o aggruppati.

CURA DELLE AFFEZIONI INFIAMMATORIE DELLA VULVA.

Il riposo, le lavande frequenti, le cure dello stato generale hanno una grande importanza massime nei casi cronici.

Nella cura dei casi di eczema vulvare, oltre il riposo, le abluzioni, ecc., sono efficaci le bagnature di glicerina o di soluzione di carbonato di soda; quando la malattia è cronica spesso l'unico rimedio vantaggioso sono i caustici.

Nei casi d'infiammazione follicolare della vulva gioveranno molto ad allontanare la malattia le deboli lavande saturnine, il riposo e la cura dello stato generale. Il rimedio favorito del Dr. Holdham è un unguento che contiene acido idrocianico (gr. 7,60) , acetato di piombo (gr. 1,20) ed olio di *cacao* (gr. 76) umettando le parti con acqua fresca prima di applicare l'unguento. In alcuni casi di questa malattia capitati sotto la mia osservazione ho usato il nitrato di argento in soluzione concentrata con soddisfacenti risultati.

VULVITE E SCOLI DAI GENITALI NELLE FANCIULLE.

Dobbiamo occuparci a parte di questi casi. Riguardo a questo argomento si sono fatte molte false interpretazioni e si ebbero perciò opinioni ingiustificate circa le inferme e soltanto ora si comincia ad ammettere generalmente come un fatto positivo che scoli dalla vagina nelle giovanette possano aver luogo indipendentemente da contagio.

Gli scoli dai genitali , osservati nelle fanciulle, per la maggior parte hanno origine nelle glandole che stanno entro la vulva, mentre il canale vaginale, dall'imene in sopra, genaralmente non è attaccato.

Le cause principali della vulvite nelle fanciulle sono le seguenti: 1°). Questi scoli spesso si osservano in fanciulle di costituzione scrofolosa o deperite. 2°). Frequentemente possono dipendere dalla presenza di ascaridi nel retto, che in modo diretto o indiretto producono tale grado di irritazione da cagionare la leucorrea. 3°). La negligenza della nettezza può da sè sola essere una causa di scolo. 4°). Nelle fanciulle talvolta domina una forma leucorroica simultanea ad affezioni difteriche di altre vie mucose. 5°). La gonorrea comunicata dall'uomo. 6°). L'irritazione dovuta alla dentizione. Il fatto che la fanciulla è debole o presenta altri segni di tendenza costituzionale alla scrofola ci mena a sospettare la presenza di uno scolo vaginale. Se la leucorrea deriva da irritazione fatta da vermi, in generale vi è una estrema irritabilità e prurito nelle vicinanze dell' orificio rettale e si osservano altri notissimi segni della presenza di questi parassiti. Una circostanza, che io ho notato più di una volta relativamente alla presenza di ascaridi nel retto, è la molestia che provano le fanciulle ammalate a star sedute su morbidi cuscini , invece preferiscono qualchecosa di duro o di angoloso.

In seguito a stupro, le fanciulle talvolta vanno soggette ad uno scolo gonorroico. La prova morale nei casi di tenere fanciulle spesso è circondata da gravi sospetti. La prova medica si deve dare con grande circospezione poichè in tali casi, come sopra abbiamo detto, gli scoli dòvuti ad altra causa non sono rari.

Quando si sospetta una « violazione » lo stato dell'ostio-vaginale dev'essere un importante oggetto di studio, su cui qui non possiamo fare una completa discussione. Nonpertanto bisogna rivolgere l'attenzione ai seguenti punti principali: nelle *fanciulle* esaminate subito dopo avvenuta la violazione sonvi segni di violenza nei genitali esterni, che possono trovarsi contusi e lacerati; la lacerazione in generale è nel perineo, oltre a ciò si vede che l'imene è squarciato. Queste sono le note che più comunemente si osservano. La presenza di uno *scolo* dai genitali, che le persone le quali avvicinano queste fanciulle nelle classi inferiori sono facilmente portate ad attribuire al coito, è una circostanza che per sè stessa, non costituisce un indizio di violazione. La prova della lesione perineale, deve far maggior peso sull'animo del medico che la semplice presenza di uno scolo. Per ulteriori notizie rimandiamo il lettore alle opere di Medicina legale. Nelle fanciulle i segni della violazione durano per un tempo più lungo che nelle adulte e in quelle possono osservarsi ancora dall'ottavo al quattordicesimo giorno dopo lo stupro. Nelle adulte i segni della violenza che si possono osservare spesso sono molto insignificanti, massime se si tratta di donne maritate ed ove non siano di grado avanzato spariscono molto rapidamente. Quando si sospetta una violazione tanto nelle adulte che nelle fanciulle il microscopio potrebbe coadiuvare molto ad accertare la diagnosi. Gli spermatozoi si possono riconoscere per molto tempo dopo che son caduti nella vagina e vi ha motivo a credere che in circostanze favorevoli si potrebbero trovare nel muco della parte superiore della vagina anche 24 o 36 ore dopo avvenuto il coito.

PRURITO DELLA VULVA.

Le espressioni « prurito della vulva », « prurito della vagina » ecc. sono state usate per indicare una classe di sintomi riferibili agli organi della generazione, per sè stessi molto qualificativi e caratteristici e che sono anche di grande molestia e disturbo all'inferma.

Il carattere essenziale della classe di sintomi di cui dobbiamo ora occuparci, variabilissimo per forma e grado, è una sensazione di prurito che costringe l'inferma a grattarsi o fregarsi per calmarla. Questa sensazione di quando in quando è come una specie di formicolio, una sensazione molesta di serpeggiamento sulla superficie degli organi genitali esterni. Più frequentemente però le sensazioni accusate son di grado più alto e di un genere alquanto differente. Questa irritazione fu esattamente descritta dal Dr. Rigby « come quella della orticaria, cioè una sensazione di pizzicore e di formi-

---

[1] *On Diseases of Women*. p. 247.

colio intollerabile associato a calore e ad intenso prurito » [1]. Certe volte è più grave che in altre e non di rado è del tutto intollerabile per l' inferma. Il grattarsi produce appena un temporaneo sollievo e subito ricomincia la molestia. Insieme al prurito vi ha più o meno costantemente una sensazione di calore nelle parti ammalate, tanto incomoda quanto il prurito stesso.

Anche nei casi peggiori, ordinariamente vi sono remissioni durante le quali l'inferma è più libera dalle sensazioni moleste e generalmente in certe epoche del giorno o in certe altre speciali circostanze le molestie sono più intense: infatti l'affezione si presenta più o meno a parossismi , il caldo sopratutto può provocarli; è specialmente insopportabile il calore del letto, tanto che l'ammalata è obbligata ad abbandonare il letto quasi ogni quarto d'ora per procurarsi un po' di calma. Ordinariamente le molestie sono maggiori dopo aver mangiato o bevuto eccessivamente. La congestione degli organi genitali e l'approssimarsi del periodo mestruale aggravano la malattia.

La *sede* reale della sensazione è alquanto variabile ; nella maggior parte dei casi l' irritazione non è limitata a un sol punto, ma si sente egualmente sulle pudenda , sulle labbra e in tutto il contorno dell' apertura vaginale. In alcuni casi le ninfe , la superficie della clitoride son le parti più specialmente attaccate, finalmente vi è un certo numero di casi in cui la sensazione ha sede non negli organi generativi esterni, ma più internamente.

La malattia si può osservare in tutte le età, forse si osserva con la maggior frequenza nel periodo critico, quando la mestruazione è per cessare, ma non è affatto circoscritta a questa sola epoca. Più spesso si nota nelle donne avanzate che nelle giovani, le nubili e le maritate vi vanno soggette quasi egualmente.

La durata della malattia varia, le donne talvolta restano soggette a quest'affezione per parecchi mesi od anche di più. In molti casi il prurito è tanto ostinato che l'inferma deperisce, cade in esaurimento ed in prostrazione estrema per mancanza di riposo, per le molestie ed il dolore prolungati. La necessità di applicare le dita per ottenere un leggiero e temporaneo sollievo col grattamento la segrega dalla società ; in complesso un grave attacco di prurito è quasi tanto molesto e intollerabile quanto qualsiasi altra malattia a cui una donna può andare incontro.

Quale è la natura e quali sono le cause di quest'affezione ? Nei diversi casi la natura e le cause variano moltissimo ; è possibile che a principio, nella maggior parte dei casi l'affezione sia identica, ma nella pratica troviamo, che, quando le ammalate si presentano alla nostra osservazione, le forme della malattia per lo più sono di natura mista. Scanzoni ritiene che si tratti di una iperestesia dei nervi

sensitivi della vagina, in alcuni casi idiopatica, ed in altri secondaria, dipendente in questi ultimi da varie affezioni delle ovaie, della vagina, dell'utero ecc., e quest'Autore ritiene che siano di natura secondaria le diverse alterazioni degli organi generativi esterni osservate in concomitanza di questa malattia.

Io ho visto alcuni notevoli casi in cui il prurito era senza dubbio dipendente da antiflessione acuta dell'utero, giacchè cessava non appena si correggeva la posizione e la forma di quest'organo. Scanzoni ritiene anche che le flessioni sono una delle cause del prurito.

Qualunque circostanza che favorisce la *congestione degli organi generativi* può dar origine a quest'affezione. Infatti non di rado si osserva nei primi mesi della *gravidanza*. Quando vi è uno stato di torpore e di inattività dei visceri addominali, accompagnato da disturbi della digestione, come nelle donne che fanno poco moto e vivono lautamente, è facile che si manifesti quest'affezione. In questi ultimi casi, spesso, vi sono emorroidi e costipazione; in essi appunto il prurito è sovente associato a notevole iperemia degli organi generativi esterni ed allora, inoltre, il grattarsi e strofinarsi spessissimo producono cangiamenti infiammativi della vulva e delle parti adiacenti.

Le *malattie croniche dell'utero* spesso sono accompagnate da prurito degli organi genitali; nel *carcinoma* dell'utero certamente si ha molto spesso questo prurito, forse la frequente concomitanza del cancro uterino e del prurito dipende dalla natura acre del liquido che, colando, giunge sulla vulva. I Dottori West e Churchill ricordano casi nei quali dipendeva da *erosione granulare superficiale* della bocca dell'utero.

Si è visto che la causa del prurito è talvolta l'*alterazione radicale dello stato generale*, indipendente da malattia degli organi generativi. Il Dr. West accenna ad un esempio in cui una giovane signora aveva forte prurito dipendente da diabete.

Uno *stato acre delle secrezioni delle glandole sebacee della vulva* sembra che sia talvolta la causa del prurito. Anche gli *ascaridi* del retto lo producono.

Le donne che trascurano la nettezza vanno incontro a prurito della vulva, in certi casi per la presenza di *piattole*.

Il Dott. Dewees per il primo ha detto che, di quando in quando, dà origine a prurito della vulva una forma *aftosa* di infiammazione di questa: in tal caso la superficie interna della commessura vulvare è coverta da piccole piastre aftose e generalmente vi si accompagna una congestione più o meno avanzata delle parti. Non si può dire fino a qual punto questo stato di cose sia primario o secondario.

L'infiammazione dei follicoli mucosi della vulva — *follicolite vul-*

vare (Oldham) — è una malattia della vulva in cui può esservi molesto prurito.

In un caso capitato sotto la mia osservazione si trovò che un intensissimo ed ostinato prurito dipendeva dalla presenza di *vegetazioni verrucose sulla superficie inferiore e vaginale dell' uretra*, che in complesso costituivano un tumore del volume di una noce. In questo caso fu necessaria l'asportazione di queste vegetazioni e la inferma subito dopo guarì. Il *tumore vascolare dell' uretra* che, come si sa, cresce dalla parte interna dell'orifizio uretrale o su questo, disturba molto la funzione dell'orinare. Meno frequentemente è una causa di prurito.

In ultimo si può in generale asserire che vi hanno poche alterazioni sulla superficie mucosa o vicino all'apertura vaginale che non si possano accompagnare a prurito.

Cura — La cura *generale* del prurito della vulva consiste nel correggere tutto ciò che è nocivo o pregiudizievole alla salute nelle abitudini dell'inferma, nel modo di vivere, di mangiare e di condursi. Bisogna vigilare attentamente gli organi della digestione ed impedire la costipazione. I cibi debbono essere leggieri e semplici. In quella forma della malattia osservata nelle donne che hanno passato l'età critica, quando vi è debolezza, cattiva digestione e mancanza di appetito , senza nessuna o quasi nessuna alterazione della pelle che covre le pudenda, sono utilissimi gli acidi minerali e gli infusi amari. Talvolta sono utili piccole dosi di pillole azzurre [1].

La cura *locale* consiste nel far cessare qualunque cosa si possa trovare associata al prurito vuoi che ne sia la causa, vuoi che ne sia l'effetto, e, secondo la natura del caso, questa cura sarà palliativa o radicale. La cura locale per necessità deve variare secondo lo stato reale delle parti determinato con l'osservazione; generalmente si trova qualche stato anormale della superficie delle labbra delle parti adiacenti che, come abbiamo già detto, può essere primario o secondario rispetto al prurito. In alcuni casi la cura locale costituisce tutto ciò che è necessario per la guarigione. La nettezza è la cosa più essenziale ; i genitali esterni debbono essere spesso e bene lavati con acqua calda o tepida. Si debbono usare spesso i semicupii giacchè il contatto dell'acqua è quasi sempre gradito all'inferma. Ove ci sia soverchia pienezza dei vasi sanguigni della vulva sono talvolta necessarie le mignatte ; in alcuni casi, quando son falliti altri rimedii, riesce una cauterizzazione, piuttosto energica, della bocca dell'utero fatta col nitrato di argento solido.

Quanto ai rimedii topici Scanzoni raccomanda moltissimo una

---

[1] Le pillole azzurre (*blue pills*) si fanno con mercurio , conserva di rose e polvere di liquirizia. SCAMBELLURI.

mistura composta di 2 parti di cloroformio e 30 parti di olio di mandorle, che si applica alla superficie delle labbra ed all'ostio vaginale. Io ho trovato utilissimo questo rimedio, ma la quantità del cloroformio è troppo scarsa; io prescrivo 1 parte di questo e 6 di olio. Il Dr. West dice eccellente l'acqua bianca e l'acido idrocianico. Quando vi sono afte è efficacissima la soluzione di borace con un po' di morfina (borace gr. 15,20, morfina idroclorica gr. 0,48, acqua di rose gr. 910, West), Il Dr. Rigby ha sperimentato molto utile, quando non sono riusciti altri rimedii, un unguento composto a parti uguali di nitrato ossido di mercurio ed olio di fegato di merluzzo; l'allume e la polvere di zucchero, cosparsi sopra un piumacciuolo di cotone, ed introdotto nella vagina due volte al giorno per il corso di una settimana, è un rimedio usato da Scanzoni. Quest'ultimo dice che il rimedio di Scholz, il calladio sequino [1], gli ha dato soddisfacenti risultati. La cauterizzazione col nitrato di argento è stata adoperata da parecchi. Contro le piattole Churchill raccomanda la trementina, il tabacco o la polvere di calomelano.

Per calmare l'infiammazione prodotta dal grattamento talvolta sono necessarî il riposo, le lavande di acqua fresca, ecc.

---

[1] Il *calladium seqvinum* è una pianta delle Indie Occidentali, di odore nauseante, appartenente alle *Aroidee*, velenosissima. Il succo delle sue radici si ritiene come specifico contro l'irritazione dei genitali. SCAMBELLURI.

CAPITOLO LI.

MALATTIE DELLA VAGINA.

Metodi di esame, digitale ed oculare — Stato normale del canale vaginale.
OSTRUZIONI DELL'ORIFICIO VAGINALE E DELLA VAGINA; LORO DIAGNOSI. — Diagnosi di sospettato sviluppo difettoso o di mancanza assoluta dell'utero, della vagina ecc. — Vagina doppia — Durezza o resistenza della parete vaginale.
TUMORI CHE SPORGONO FUORI L'OSTIO VAGINALE. — DIAGNOSI. — Cistocele; Asciti con prolassi della parete vaginale; Cisti vaginale; ritensione mestruale — Rettocele vaginale; ernia entero vaginale — Tumori connessi all'utero — Polipo della vagina.
MALATTIE DELLA VAGINA. — Vizii congeniti: restringimento della vagina — Restringimento avanzatissimo — Varii stati insoliti dell'imene — Ritenzione mestruale con imene imperforato — Cura dei vizii e delle occlusioni della vagina.
Vaginite: cura — Spasmo ed iperestesia della vulva — Cura.
Fistole: fistola vescico-vaginale e retto-vaginale — Cura.
Tumori delle pareti vaginali — Cura.

Metodi di esame. — L'ordinario metodo che si segue per conoscere lo stato della vagina consiste nell'introdurre uno o più dita nel canale — esplorazione *digitale.* — Talvolta è necessario aggiungere un esame oculare del canale coadiuvato o no dallo specolo.

La *esplorazioae digitale della vagina* si fa nel seguente modo. Messa l'inferma a giacere sul lato sinistro s'introduce fra le labbra fin nella vagina il dito indice della mano destra bene spalmato di olio. Per determinare lo stato delle parti vicine all'estremità inferiore del canale basta l'introduzione di un sol dito; ma generalmente fa d'uopo introdurre anche il secondo dito per iscovrire quale è lo stato della vagina più in alto: in pochi casi è necessaria l'introduzione di tutte le dita. Nel fare questa manovra la mano sinistra deve star poggiata sulla natica destra dell'inferma. Con questo metodo si ha un'idea esatta della posizione dell'entrata della vagina; il dito o le dita si devono introdurre con lentezza e garbo.

L'esame del *canale vaginale* si fa col dito o colle dita introdotte nel modo suddescritto. Così si riconoscono il volume, la forma e la direzione del canale, lo stato della mucosa, la sua sensibilità, la sua levigatezza o scabrezza e la sua temperatura. In certi casi si può

adoperare anche l'occhio per determinare la presenza di uno straordinario rossore o altri cangiamenti della mucosa e quando si sospetta che vi sieno comunicazioni anormali fra la vagina e la vescica o il retto è necessario un esame più minuto del canale per mezzo dello specolo, ed anche in altri casi.

Stato normale del canale vaginale. — Giacendo l'inferma sul lato sinistro, la distanza dall'estremità superiore della vagina al punto ov'è l'imene in cifra rotonda è di 3 pollici, ordinariamente piuttosto meno. Questa distanza, calcolata sull'indice, va dall'estremità di questo dito alla metà della falange dello stesso, ma la distanza dalla parte superiore della vagina fino alla estremità più bassa della commessura della vulva è di 4 pollici; talchè la distanza dalla superficie esterna del corpo all'estremità della vagina è un pollice più lunga della vagina stessa. Normalmente, quando l'estremità dell'indice tocca il punto più alto della vagina, la articolazione metacarpofalangea corrisponde perfettamente alla entrata della vulva. Nelle donne molto grasse la distanza sembra maggiore per la grossezza delle labbra della vulva.

Nel far un esame *oculare* della vagina si situa l'inferma nella posizione sopradescritta o, com'è meglio in certe circostanze, sul dorso, colle gambe divaricate. L'esame collo specolo si fa anche in amendue queste posizioni, ma più facilmente in quest'ultima. Nel cercare se vi sono fistole del setto vescico-vaginale qualche volta si situa l'inferma sulle mani e sulle ginocchia, cioè carponi.

OSTRUZIONI DELL'ORIFICIO VAGINALE E DELLA VAGINA; DIAGNOSI.

Nell'introdurre il dito nell'orificio vaginale si può incontrare un'ostruzione la quale può dipendere da una delle seguenti condizioni: —

Adesione delle grandi labbra.
Mancanza congenita della vagina.
Formazione imperfetta della vagina.
Imene imperforato, o
Restringimento della parte inferiore della vagina (acquisito).

L'adesione delle grandi labbra si distingue perchè manca la vagina quando si adopera la sonda o il dito. L'imperfetta formazione della vagina si distingue anche facilmente dalle suddette due condizioni. L'ostruzione dipendente dall'imene se ne distingue per la sua posizione, giacchè l'imene è a breve distanza nel canale vaginale e non al medesimo livello colla superficie perineale.

Nei casi in cui la vagina è molto corta, giacchè termina nel sito ov'è l'imene o vicino a questo, l'esame fisico può rivelare condizioni molto somiglianti a quelle che si hanno quando l'imene è

l'agente di ostruzione; il dito non può penetrare che per breve tratto; allora la differenza poggia sulla presenza dei catameni nella seconda classe di casi e sulla loro mancanza nella prima. Quando vi è un ostacolo al coito, ma vi è la mestruazione, è chiaro che la vagina non può mancare, almeno completamente; ma vi può essere un ostacolo al coito costituito dalla presenza di un imene ingrossato, ma pervio. Se l'imene fosse del tutto imperforato, vi sarebbe ritensione mestruale con le sue note caratteristiche, oltre ai segni della ostruzione. Il restringimento congenito della vagina generalmente sta più in alto della sede dell'imene. Esso si distinguerebbe facilmente dall'ostruzione dovuta all'ispessimento dell'imene. L'azione spasmodica dello sfintere vaginale può produrre ostruzione all'entrata del dito o al coito, ma questa forma di ostruzione si potrebbe appena confondere con quella dovuta ad un ingrossamento o ad una imperforazione dell'imene.

Diagnosi dei casi di sospettato difettoso sviluppo, o di totale mancanza dell'utero, della vagina ecc.—Talvolta è necessario stabilire qual'è lo stato degli organi genitali interni, nei casi sopraddetti, rispetto all'opportunità di raccomandare il matrimonio, ecc.

Da un'attenta considerazione dei fatti ricordati, risulta in primo luogo che le condizioni presentate dagli organi generativi *esterni* non danno che poca luce sullo stato dei suddetti organi; cioè non vi ha un rapporto costante ed invariabile fra il grado dello sviluppo degli organi generativi esterni ed interni; così troviamo riferiti casi nei quali la vulva era ben sviluppata, il pube abbondantemente coverto di peli, le mammelle non imperfettamente formate, eppure vi era mancanza totale dell'utero; si è osservata anche la cosa opposta, cioè mancanza di sviluppo degli organi generativi esterni e presenza di un utero tanto ben formato da compiere le sue funzioni. Fra i due casi estremi si osservano e sono state registrate tutte le possibili gradazioni. Quando gli organi generativi interni sono imperfettamente formati, le variazioni dal tipo normale sono numerose di specie e di grado; l'utero può essere doppio, con un sol corno ben sviluppato e l'altro imperfetto o con regolare sviluppo di amendue. In estremi, ma rarissimi casi, l'utero manca totalmente. Kussmaul [1], nella sua elaborata opera, dice che in molti dei più antichi casi che furono riferiti di mancanza dell'utero, la natura di essi in realtà non era chiara, giacchè la diagnosi fondavasi sulla mancanza o sul difettoso sviluppo della vagina ed egli crede che negli esempii più recenti, pur quando fu fatta la più attenta ed estesa osservazione, può esservi stato un sol corno dell'utero che sia ad essa sfuggito.

Più comunemente incontra che quando l'utero è difettosamente

---

[1] *Op. cit.* pag. 108.

formato il canale vaginale sia ancor esso difettoso, ma vi sono registrati casi nei quali mancava del tutto la vagina, mentre l'utero era sviluppato tanto da compiere le sue funzioni. In tali casi si può far molto a prò dell' inferma.

1.° Indicazioni presentate dallo stato delle *mammelle*. — Queste si possono trovare abbastanza bene sviluppate quando uno scrupoloso esame ci convince che manca l'utero e la vagina, e come Kussmaul con molta insistenza osserva, le glandole mammarie di quando in quando s' ingrossano e si sviluppano anche nell'altro sesso; nondimeno la presenza di mammelle abbastanza grosse e sviluppate ci fa conoscere che l' inferma è giunta alla pubertà.

2.° Sviluppo della vulva, presenza di peli sulle pudenda ecc. — La vulva può essere apparentemente ben formata, vi può essere un insolito grado di prominenza del monte di Venere, le parti possono essere ben coperte di peli e le note esterne possono in realtà osservarsi come in circostanze normali, eppure mancare l' utero e la vagina. Infatti si sono osservati casi, come quello riferito dal Dr. Ormerod e dal Dr. Quain in cui con questi caratteri esterni evidenti del sesso femminile e attitudine al matrimonio, l'utero non solo mancava, ma mancavano anche le ovaie. Una « piccola massa di struttura evidentemente glandolare », trovata nella parete sinistra del ristretto sacco che rappresentava la vagina, costituiva l'unica traccia delle ovaie [1]. L' inferma morì in uno stato anemico a 33 anni ed aveva avuto epistassi, la cui mensile periodicità pareva qualificarle come una specie di mestruazione vicaria. Il caso è importante giacchè dimostra molto chiaramente quanta poca relazione vi sia fra lo sviluppo dei genitali esterni ed interni. Io stesso ho visto donne in cui le mammelle erano normali , le pudenda anche normali e ben coverte di peli, ma non vi erano traccie di utero.

Quando vi è lo scopo di determinare coll'esplorazione se vi sono o no l'utero e la vagina bisogna seguire il seguente metodo. S' introduce un catetere in vescica, la quale non dev' essere vuota nel momento in cui si fa l'esame, e vi si mantiene dolcemente, ma solidamente. Poi s' introducono nel retto, quanto più lungi è possibile, uno o due dita della mano sinistra bene unte di olio, allora si può sentire il catetere con l'estremità del dito che sta nel retto e così si può giudicare della natura del tessuto che vi si frappone. Se l'utero manca, si può sentire col dito il catetere in alto della pelvi e non si può scovrire nessuna sostanza dura interposta come quella che costituisce l'utero, ma per dirimere definitivamente la questione , è necessario che il catetere nella vescica e il dito nel retto sieno spinti quanto più in là è possibile giacchè se si fa soltanto entrare appena

---

[1] *Trans. Path. Soc.* vol. vii p. 271.

il catetere nella vescica nelle circostanze ordinarie la punta dell'istrumento si sente con la estremità del dito che sta nel retto. L'utero, com'è naturale, si dovrebbe cercare sulla linea mediana del corpo, ma se lungo questa con un attento esame non si riesce a scoprire nessuna sostanza dura, bisognerebbe cercarlo verso uno dei lati. Quando l'utero è doppio, molto spesso non è simmetrico, ma un sol corno è grosso e bene sviluppato, l'altro è piccolo ed imperfetto ed allora, giacendo il corno più grosso piuttosto da un lato, a prima giunta potrebbe non scovrirsi o, se si riconosce, ritenerlo per qualche altra cosa (Kussmaul). Quest'esame doppio e combinato dal retto e dalla vescica può così fornirci importanti conoscenze, giacchè sebbene non possiamo, dopo fatto tale esame, affermare che l'utero sia totalmente mancante, è difficile che non giungiamo a scoprire la presenza di un utero ingrossato o dilatato, supposto che sia dilatato ed ingrossato. La sonda uterina in alcuni casi è uno strumento migliore del catetere da donna da introdurre nella vescica, giacchè obbedisce meglio ai movimenti della mano e si può curvare secondo qualunque grado si desideri.

Questo metodo di esame ci fornisce inoltre qualche idea sullo stato delle parti nella sospettata mancanza della vagina. Così, quando il solo segno esterno della vagina è un piccolo sacco cieco che è appena capace di ammettere la punta della sonda, o quando il sacco è abbastanza largo da ricevere il mignolo per uno o due pollici, l'esame combinato ne fornisce dati di qualche valore. Se le parti frapposte fra la punta dello strumento ed il dito sono molto sottili, a buon dritto devesi credere che fra esse non vi ha canale vaginale. Ma questo non è un criterio assoluto. Se l'utero si trovasse molto piccolo o del tutto mancante, la vagina più probabilmente sarebbe anche mancante, ma, d'altra parte, supponendo che vi sia l'utero ed il setto che divide il retto dal catetere sia molto sottile, sarebbe necessaria una certa attenzione per decidere se in questo sottile setto vi sia o no la vagina. In alcuni casi l'utero è molto ben formato, il sangue mestruale lo distende, ma non può uscirne perchè manca la vagina in qualche parte del suo tragitto e la vagina può avere quasi il volume naturale nella sua parte superiore e nelle parti più basse, ma mancare nelle parti intermedie, ovvero, come più spesso avviene, essere molto piccola in basso e mancare in alto.

Vagina doppia. — La vagina può essere doppia, nel qual caso stanno due canali aperti all'esterno l'uno a fianco dell'altro. Il setto che li divide è ordinariamente molto sottile (Veggasi « Vizii di conformazione dell'utero »).

Durezza o resistenza delle pareti vaginali. — Uno stato della parete vaginale che si può riconoscere col tatto, e che è molto importante sotto l'aspetto diagnostico, è quello di *solidità*, *durezza*

e *resistenza*, massime nella parte superiore ed interna del canale. La vagina sembra al tatto fissa, rigida ed immobile, questo stato di cose è uno dei primi segni della presenza del cancro nella parte più bassa dell' utero. In tali casi nelle parti passionate manca la sensazione di cedevolezza, mollezza e stato vellutato della mucosa.

L' *affezione cancerosa della vagina* per lo più non è primitiva ma vi si propaga dall'utero. Quando il morbo è molto avanzato possiamo trovare le pareti vaginali molto ingrossate per infiltramento canceroso. Si possono sentire noduli ed ulcerazioni, le quali, quando sono abbastanza avanzate, danno origine ad aperture fistolose che si scovrono col dito. La diagnosi del cancro della vagina è intimamente connessa a quella del cancro dell'utero, giacchè nei due casi la maggior parte dei sintomi generali sono identici.

TUMORI SPORGENTI SULL' OSTIO VAGINALE O FUORI DI ESSO. DIAGNOSI.

Tumori molli non resistenti. — Un tumore molle, *flultuante*, che si presenti all'ostio vaginale, può essere costituito dalla vescica *prolassata* (cistocele), essendo la cervice dell' utero assai generalmente prolassata assieme alla vescica. Ci può essere *prolasso delle pareti vaginali in concomitanza di ascite*. Nel primo caso v' è una particolare difficoltà nell' urinare perchè la malata è incapace di evacuare completamente la vescica senza che sia prima ridotto da una pressione il volume del tumore. L' urinare è frequente e doloroso, e nell' urina emessa dalla vescica trovasi di solito del muco purulento. Il catetere introdotto passa per sotto entro il tumore, la cui natura viene per tal modo a manifestarsi. Nel caso dell' altra affezione, che però è meno frequente, il tumore è anche riducibile per mezzo della pressione, ma non appena l' inferma riprende la posizione verticale, esso ritorna. Il Dr. West [1] riferisce un caso in cui una *cisti della vagina*, del volume di un uovo, sporgeva nella vulva, e presentava il medesimo aspetto di un prolasso della vescica. La natura del tumore erasi scoverta eseguendo l' introduzione del catetere.

Nei casi di *ritensione dei liquidi catameniali per imene imperforato* coll' esame digitale si troverà fra le labbra qualche cosa di simile ad un tumore teso con contenuto liquido e questo tumore può sporgere un poco dall' ostio vaginale. In tal caso la mancanza di mestruazione e l' impossibilità di trovare un' apertura nel canale vaginale indicherebbero chiaramente la natura del caso.

Un tumore molle, ma *non flultuante*, sporgente dalla vagina nella

[1] *Op. cit.* p. 634.

sua parte inferiore e riducibile con la pressione, osservasi nei casi di *rettocele vaginale.* Allora la natura del tumore facilmente si riconosce, giacchè il dito sente le scibale quando queste protuberano nella saccoccia rettale. Oltracciò il dito può essere introdotto *innanzi* al tumore. Invece nei casi di *cistocele* il dito passa soltanto *dietro* il tumore.

Ernia enterovaginale. — Un' altra varietà di tumore è quella costituita dall' ernia intestinale cioè dall' ernia enterovaginale e che è rara. Nell'opera del Dott. D. D. Davis [1] sono diffusamente riferiti alcuni casi importantissimi di questa malattia. Un altro caso è anche registrato da Prescott Ewett [2]; il tumore sporgeva di là delle labbra e partiva dal pavimento della vagina. L' inferma aveva sintomi di ostruzione e non si era accorta della presenza di questo tumore. Il Dr. Fordyce Barker [3], in un importante lavoro, riferisce 4 casi :

1°) nel primo il tumore apparve durante il parto, venne ridotto sotto l' azione del cloroformio , il parto si compì bene e la donna guarì.

2°) una donna incinta a 7 mesi fece un repentino sforzo , seguì dolore e grave peritonite , fu trovato un tumore molle, sporgente dalla vulva, della grandezza di un pugno. Fu ridotto e vi si applicarono filaccia e pessarii di tannino — partorì a tempo debito e guarì.

3°) L' inferma all' 8° parto, della durata di 28 ore, violente convulsioni isteriche, estrazione dell' urina sotto il cloroformio, discesa del capo e di un enterocele vaginale , riduzione , applicazione del forcipe, sgravo, guarigione.

4°) caso del D. Clements, aborto al 7° mese di gravidanza, caduta in avanti seguita da una sporgenza piriforme, riduzione colle dita, dimora a letto per 5 settimane, ma il tumore riappariva alla defecazione, parto a termine, 9 giorni dopo il parto violenti dolori durante la defecazione seguiti da brividi , da raffreddamento delle estremità , nausea , deliquio , cloroformio e posizione sulle ginocchia e sul petto, calma, si sente una protuberanza nella vagina, della grandezza e della forma del pollice di un guanto disteso nel fondo dello spazio del Douglas alquanto a destra. Parecchi attacchi successivi si manifestarono dopo alzata la mattina ed in 15 minuti si presentarono i sintomi della peritonite acuta , dolore e sensibilità, meteorismo, polso celere. Fu usata con vantaggio una spugna a pessario e gradatamente gli attacchi cessarono alla fine di due anni.

---

[1] *Principles and Practice of Obstetric Medicine*, vol. i. p. 151.
[2] *Brit. Med. Journ.* Sept. 1861, p. 254.
[3] *Amer. Journ. of Obst.* vol. ix. p. 177.

La natura del tumore si riconosce per mezzo della risonanza timpanica alla percussione, per mezzo della sporgenza prodotta tossendo, per lo più per la possibilità di ridurre il tumore col taxis o quando l'inferma assume la posizione orizzontale. L'uso del catetere farà distinguere questi casi da quelli di cistocele.

TUMORI DURI RESISTENTI CHE SPORGONO DALL' OSTIO VAGINALE. — Quando il tumore sporgente è più o meno solido o resistente, dipende da *inversione*, da *polipo*, o da *prolasso uterini* o da *allungamento ed ipertrofia del collo dell' utero*. A queste alterazioni può accompagnarsi prolasso degli organi adiacenti (vescica, retto, ecc.).

Ora possiamo passare alla descrizione delle varie

MALATTIE DELLA VAGINA.

VIZII CONGENITI. — In alcuni rari casi qualcuno degli organi generativi esterni manca o presenta soltanto una formazione rudimentaria. Possono mancare tutti gli organi sessuali esterni, o vi può essere ciò che chiamasi « formazione cloacale » del retto. Il canale vaginale, coll' uretra, si aprono in un solo comune orificio esterno. Si possono osservare irregolarità di altre specie le quali danno origine alle condizioni che sono state descritte come dipendenti dall'ermafroditismo. Un completo studio di queste varie specie di vizî di conformazione degli organi generativi esterni in quest' opera non può essere fatto. In parecchi trattati sistematici si troveranno particolarità relative a questi rari casi [1]. I vizî di conformazione che sono più importanti praticamente sono quelli che riguardano lo stato dell' orificio della vagina e lo stesso canale vaginale. Noi li abbiamo già descritti precedentemente a proposito della diagnosi.

RESTRINGIMENTO DELLA VAGINA.

Vi sono due classi di casi cui si deve dare questa denominazione; in primo luogo abbiamo i *congeniti*, in cui la vagina è normale inferiormente, l' imene è al suo posto, ma a breve distanza sopra dell' imene il dito incontra un ostacolo, il canale vaginale infatti sembra cortissimo. L' apparente brevità può dipendere dalla presenza di un setto fibroso o membranoso che superiormente all' imene divide

[1] Una buona relazione su quest' argomento si troverà nei Kivisch's *Klinische Vorträge*, vol. II (3ª edizione, di Scanzoni, Praga: 1857). Circa l' ermafroditismo si consulti lo stupendo lavoro di Sir. J. Y. Simpson pubblicato nel vol. II delle sue *Obstetric Works*.

la vagina in due parti. La sede ordinaria di questo setto è il punto di congiunzione del terzo superiore col terzo medio della vagina. In secondo luogo abbiamo casi di restringimento reale della vagina, dipendente da adesione delle pareti opposte, consecutive a lacerazioni o ferite della vagina, o durante il parto con successiva cicatrizzazione e contrazione.

Nei casi congeniti può mancare completamente l' apertura nel setto, ed allora vi è ordinariamente un' accumulazione di sangue mestruale in sopra della membrana ostruente o dividente ovvero può esservi un' apertura sufficiente a far uscire il sangue mestruale. Si comprende che nel primo caso la mestruazione non può aver luogo, nè la fecondazione. Questi casi non sono comuni. La chiusura congenita completa della vagina si potrebbe confondere con un imene imperfetto o con una imperforazione della bocca dell' utero. Il restringimento congenito incompleto (cioè permeabile) si potrebbe confondere con l' ostacolo opposto da un imene resistente; la diagnosi in questi varî casi si fonda sopra uno scrupoloso esame combinato dalla vagina e dal retto. Introdotto il dito nel retto, l' osservatore può determinare se l'ostruzione sentita ha realmente sede alla estremità della vagina o no, la posizione dell'utero chiarirà abbastanza la cosa. In tali casi è di grande aiuto l'esaminare le parti durante il periodo mestruale giacchè allora si trovano aperture che in altre epoche sfuggono all'osservazione.

I casi di restringimento completo o acquisito della vagina si distinguono molto facilmente da quelli della varietà congenita, giacchè in questi ultimi l'inferma non ha mai avuto mestruazione. Nel restringimento acquisito della vagina il canale nella sede del restringimento in generale è di una forma irregolare, contorta, nodosa e sotto il dito si sentono solide fascie fibrose. La sede del restringimento può essere in alto della vagina o in basso, qualunque parte del canale può essere alterata; la mestruazione per lo più continua, ma se il restringimento è completo cagiona una completa mancanza della stessa ed oltre a ciò l' inferma resta sterile. In generale l'anamnesi è molto decisiva per la diagnosi nei casi di restringimento aquisito della vagina.

L'estrema angustia della vagina, che appena giunge al grado di restringimento, può anche capitare sotto l'osservazione; allora il canale è aperto, ma piccolissimo e questo suo stato non produce che ostacolo al coito, ma non assolutamente alla fecondazione. È importante per questa ragione nel primo caso e nel secondo perchè quando la vagina è molta angusta è spesso anche breve e l'utero si trova imperfettamente sviluppato. Nei varî casi si possono osservare tutti i gradi di questa angustia.

Qui può essere opportuno ricordare il fatto che in casi di restrin-

gimento o di angustia vaginale il coito si è compiuto per l'uretra, la quale allora ha subito una grande dilatazione.

Ci occuperemo subito della cura di questi varî difetti.

VARII STATI PATOLOGICI O NON COMUNI DELL'IMENE.

La forma, la struttura e le dimensioni dell'imene variano moltissimo. Facendo un'esplorazione digitale, la punta del dito, nel passare indietro, in basso e all'interno del sito dove è situato l'orifizio uretrale incontra l'imene, se questo vi è, ed essendovi sta a breve distanza dalla commessura posteriore delle labbra. Il dito passa per breve tratto in un recesso prima di venire in contatto col corpo ostruente. La forma più comune dell'imene, quando è ancora intatto, è la seminulare, con la concavità diretta in avanti e in alto: il canale della vagina è così chiuso posteriormente ma non anteriormente. Questa è la forma, come dicemmo, più comune, ma talvolta l'imene è circolare e l'apertura della vagina sta nel centro. Nel primo caso la punta del dito tocca l'apertura un poco più vicino all'orificio uretrale, che nel secondo. La presenza dell'imene è stata una volta ritenuta come prova della verginità e la sua mancanza dello stato opposto; ma i fatti non confermano nè l'una, nè l'altra di queste proposizioni; si ricordano casi di presenza dell'imene in prostitute le quali al tempo stesso avevano la sifilide, d'altra parte spesso l'imene è inderminato o mancante in donne la cui virtù e buona condotta sono indiscutibili. Se siamo chiamati a fare la esplorazione digitale di una donna, ritenuta vergine, dobbiamo aspettarci di trovare difficoltà all'introduzione del dito nella vagina, a causa della presenza dell'imene, ma non avremmo il dritto di dare un giudizio sfavorevole alla riputazione della donna osservata sol perchè nello introdurre il dito non abbiamo incontrato nessun impedimento. In quanto al *grado* di resistenza, dobbiamo aspettarci di trovare una notevole differenza nei varî casi quando l'imene è abbastanza perfetto; così esso può essere, ed ordinariamente è, sottile e non resistente abbastanza da permettere una facile distensione e stiramento dell'orifizio nel suo centro o di lato, mediante la pressione del dito. In certi rari casi questo stato di cose persiste anche dopo il matrimonio, talvolta colla conseguenza molto deplorevole che il coito è imperfetto o impossibile. D'altra parte l'imene può essere così robusto e grosso da resistere a qualunque distensione, ovvero può essere tanto cedevole, che la pressione del dito invece di aprirlo, lo spinge innanzi a sè, come avviene del dito di un guanto che si fa rientrare. Finalmente vi può essere un foro tanto piccolo nell'imene, da potersi appena riconoscere specialmente se ci affidiamo al solo dito; l'ostruzione pare completa.

Ritenzione mestruale dipendente da imperforazione dell'imene. — La ritenzione mestruale che si accompagna ad imene imperforato, si osserva nelle giovani donne che non hanno avuto mai mestruazione, che son giunte alla pubertà e che in quest'epoca hanno mensilmente forti dolori alla regione ipogastrica senza che dalla vagina esca liquido e le quali presentano i sintomi qualificativi della distensione dell'utero prodotta da liquido per il quale non v'è un'uscita naturale. Nella maggior parte di tali casi l'imene è imperforato ed il dito, quando s'introduce nella vulva, tocca un tumore elastico molto teso, costituito dall'imene ingrossato e spinto in basso, fino al massimo grado di tensione, dal liquido imprigionato dietro di esso. In queste circostanze il sangue mestruale distende la vagina e l'utero e noi dobbiamo attendere di vedere la prova di questa distensione dell'utero nella presenza di un tumore rotondo, resistente, sopra il pube, (veggasi « Esplorazione dell'addome »), o quando si fa la esplorazione del retto, ma in alcuni casi, quantunque l'inferma non abbia mai avuta mestruazione e vi siano tutti i segni di ritenzione mestruale ad un grado estremo, facendo il nostro esame non troviamo tumore elastico teso al posto dell'imene, giacchè la ritensione mestruale può dipendere da chiusura congenita della bocca dell'utero o da una ostruzione della vagina che stia più in alto del sito dell'imene. Di quest'ultima specie di casi ci occuperemo fra breve. In una donna da me osservata, sulle prime vi era stata una tale ritensione. Il liquido si scaricò dopo una rottura, ma l'apertura di nuovo si chiuse, sebbene non completamente, lasciando un foro così minuto che si potette scovrire con difficoltà.

CURA DELLE VARIE FORME DI OCCLUSIONE DELLA VAGINA.

Mancanza della vagina. — Vi sono due classi di casi da descrivere: 1° quelli in cui la mancanza della vagina è accompagnata da segni di ritensione mestruale; e 2° quelli in cui questi segni non si osservano. Nella prima classe di casi generalmente si richiedono misure operative, mentre nella seconda ciò non accade ordinariamente, almeno in modo assoluto. Dei casi di ritensione abbiamo già discorso a pag. 402.

Si è appena risoluta la quistione, se nei casi di mancanza della vagina, senza ritensione mestruale, sieno richieste misure operative. Se vi è l'utero, se la donna è sana e ben conformata ed oltre a ciò se vi sono stati i molimen mestruali, quantunque possa non esservi segno di ritensione mestruale, allora il tentativo di fare una vagina artificiale non si può dire assolutamente ingiustificabile; se l'utero è stato raggiunto non si può dire che la mestruazione, e perciò il concepimento, sieno totalmente impossibili. Nel fare queste osservazioni

ricordo un caso per cui sono stato consultato tempo fa e circa il quale aveva motivi per credere che la formazione di una vagina artificiale sarebbe stata vantaggiosa.

Restringimento od occlusione della vagina. — Il restringimento della vagina dipendente da contrazioni consecutive ad offese meccaniche avvenute durante il parto, spesso è molto difficile a curare. I due metodi di cura son quelli dell' incisione e successiva dilatazione o della dilatazione soltanto. Dallo studio della natura del caso risulterà a quale dei due metodi si deve dare la preferenza. Quando il restringimento è molto resistente ed è nello stesso tempo di estensione limitata, un'incisione fatta con bistori bottonato ritornerà d'un tratto il canale alla sua larghezza naturale, la quale verrà mantenuta zaffando accuratamente la vagina con filaccia imbevuta di olio. In altri casi in cui il restringimento fa vedere una maggiore estensione, si dovrà preferire il taglio con graduale dilatazione per mezzo delle candelette. Ogni robusta fascia che si troverà durante l'operazione, sarà toccata col manico del bistori onde facilitare la dilatazione [1]. Quando avviene il parto in questi casi di restringimento della vagina, il capo del feto è un grande mezzo di dilatazione, ma questa sovente deve essere coadiuvata con l'uso guardingo del coltello. Per rimettere allora il canale al suo stato naturale è necessario molto tempo e molta pazienza stante la grande tendenza del tessuto cicatriziale a contrarsi, dopo di essere stato diviso. Quando saranno indicate operazioni cruenti sarà indispensabile attenersi strettamente alle precauzioni antisettiche.

Quando il restringimento sia congenito e vi sia una piccola apertura la quale renda possibile la mestruazione, ma il coito resta di difficile attuazione , allora si cercherà con l' aiuto dello specolo la piccola apertura suddetta, si allargherà col bistori e si zafferà il canale con filaccia per impedire le aderenze delle superficie tagliate. Il miglior modo di curare una *semplice angustia della vagina* sarà di usare attentamente le candelette, aumentandone gradatamente la grandezza fino a che il canale diventi largo abbastanza da permettere il coito. Il parto in questo stato di cose è un gran mezzo di guarigione ed è notevole come ceda facilmente una vagina in apparenza assai stretta da permettere il passaggio di una grossa testa di feto. Avvenuta in questo modo la dilatazione completa, la guarigione è perfetta.

Cura dell'*Ostruzione prodotta dall'imene.* Nelle inferme che hanno la mestruazione, per lo più l'ostruzione si deve far cessare a causa dell' ostacolo che oppone al coito. La cura di tali casi è semplice.

[1] Il Dr. Braxton Hicks descrisse diversi casi interessanti di restringimento acquisito della vagina. Il processo curativo seguito e che egli trovò soddisfacentissimo, consisteva in una combinazione del taglio con la dilatazione. (*Obst. trans.* vol. iv.).

Dopo che l'operatore avrà attentamente determinato la forma, la grandezza ed i rapporti dell'imene, che in queste circostanze può essere estremamente fitto, resistente, e grosso, fa con le forbici tre o quattro incisioni, raggiate, della membrana ostruente, partendo dall'apertura di questa, badando però di non comprendere in queste incisioni anche le pareti vaginali ; alcuni autori raccomandano di escidere un pezzo circolare, nel qual caso si porta via tutto l'imene. Dopo l'operazione s'introdurrà una striscia di tela, arrotolata in forma cilindrica e bagnata nell'olio ; questo cilindro dev'essere tanto largo da distendere il canale ed impedire la guarigione per prima intenzione e si rimuoverà due volte al giorno durante i due giorni consecutivi.

Della cura dell'imperforazione dell'imene, causa di ritenzione mestruale, abbiamo già discorso a pag. 402.

VAGINITE.

L'infiammazione del canale vaginale, in forma acuta, non è un'affezione molto comune, benchè nei casi di infiammazione cronica dell'utero generalmente vi sia aumentata vascolarità e secrezione della mucosa vaginale. La vaginite talvolta si presenta in casi di gonorrea , ma allora per lo più sono la vulva o l'entrata della vagina, più che la vagina stessa, la sede del processo infiammativo.

Cura. — Quando vi sono molto calore , sensibilità e congestione della vagina, si possono con vantaggio applicare mignatte intorno alle labbra della vulva , le fomentazioni per mezzo di flanelle bagnate nell' acqua calda o nel decotto di papavero, e poi spremute, si potrebbero usare con beneficio in sostituzione del sanguisugio , in alcuni casi. I semicupî e le iniezioni di acqua tepida o fredda in forma di corrente applicata per mezzo della doccia descritta a pag. 469 saranno necessarî.

Possono adoperarsi applicazioni topiche quando la malattia ha assunto una forma cronica ostinata. Scanzoni parla molto bene dell' uso di uno zaffo di ovatta su cui si sia aspersa della polvere di allume, introducendolo nella vagina e lasciandolo per poche ore, ogni due o tre giorni. Se vi è molta sensibilità si modera l' azione dell' allume mescolandolo a zucchero in polvere. Può essere pure necessaria una soluzione di nitrato di argento in varie concentrazioni secondo le circostanze, e in forma solida. In tali casi la cura generale è tanto importante quanto la locale ; il riposo, l' astinenza dal coito , la posizione orizzontale , gli aperienti blandi, la moderazione nei cibi , l' evitare ogni eccitamento son tutte cose necessarie alla guarigione. Quando l' inferma è guarita bisogna per l' avvenire evitare la causa principale che produsse l' attacco (vedi « Cura generale della leucorrea » a pag. 466). La vaginite che si

accompagna a gonorrea richiede una cura speciale. Nella cura di tutti i casi di vaginite, qualunque sia la causa, bisogna annettere moltissima importanza alla nettezza, perciò si devono fare frequenti lavande.

ALTERAZIONI DI SENSIBILITÀ DEL CANALE VAGINALE O DELL'OSTIO.

Spasmo ed iperestesia: vaginismo. — Nell'esplorare le parti col dito si può trovare che la vagina sia straordinariamente sensibile e che il menomo contatto, produca grande molestia, in taluni casi a tal grado da rendere quasi impossibile l'esplorazione. Non bisogna confondere quest'inconveniente colla sensibilità al più semplice contatto che può dipendere da infiammazione o da ascesso della vulva, da flogosi cancerosa, pelvica, gonorroica o sifilitica, ecc., nella maggior parte dei quali casi la sensibilità è del tutto diversa da quella di cui ora ci occupiamo. Nè si deve confondere con l'estrema sensibilità dell'utero stesso, come quella che si ha nella flessione acuta di questo organo (veggasi « Flessioni »). L'alterazione di cui ci occupiamo è in realtà un'iperestesia della parte, non sempre dipendente dalla stessa causa e che è stata descritta con varii nomi. Marion Sims, Debout, ed altri, in quest'ultimi anni hanno chiamata di nuovo l'attenzione su di essa, massime come causa di sterilità ed ostacolo al coito. Le parti sono più sensibili ad un contatto leggiero che ad uno brusco. La sensibilità esagerata per lo più s'accompagna ad una contrazione dolorosa dello sfintere vaginale, onde i nomi di « spasmo vaginale » e « vaginismo ». La difficoltà incontrata nell'introdurre il dito dipende dalla contrazione spasmodica dei muscoli. È stata descritta come frequentissima nelle donne il cui sistema nervoso in generale si eccita facilmente. Il Dr. Ferguson credeva che nei casi di « utero irritabile » una delle sedi di questa malattia nervosa fosse la vagina, giacchè questa era tanto squisitamente sensibile da rendere intollerabile il coito. Secondo Scanzoni questo disturbo accompagnerebbe specialmente le antiversioni, le retroversioni, le flessioni o i reali cangiamenti dell'utero stesso e non di rado starebbe in rapporto colle contrazioni spasmodiche dell'uretra, della vescica, o del retto. Sir. J. Y. Simpson in alcuni casi ha trovato sulla mucosa piccoli neuromi nodulari.

L'affezione può non dipendere dalla stessa causa in tutti i casi. Io credo che la sua essenza stia in un'alterazione locale o irritazione dei nervi di questa parte.

In un caso da me osservato, si trattava di una signora la quale aveva avuto due figli; per alcuni mesi vi era stata estrema sensibilità dell'ostio vaginale ed impossibilità al coito. Fatta una scru-

polosa osservazione trovai che la sensibilità era realmente circoscritta ad un sol piccolo sito vicino alla commessura posteriore, sopra un'area di meno di un quarto di pollice. Si ottenne la guarigione escidendo la mucosa corrispondente a questo punto ed avvicinando i margini con suture fatte con sottili fili d'argento. In questo caso sembrava probabile che l'iperestesia dipendesse da lacerazione e infiammazione di alcune fibre nervose durante il parto. Secondo me quest'iperestesia non di rado è prodotta da parziale lacerazione dell'imene. Recentemente ebbi l'opportunità di osservare un notevolissimo caso di questo genere nel quale era evidente la suddetta causa. Il menomo contatto dava luogo a manifestazioni di massima sofferenza, e il coito riusciva quasi impossibile. L'imene era sottilissimo, sotto la pressione cedeva molto facilmente in sopra per riprendere la sua forma originaria quando la pressione cessava.

Cura. — Nella cura di quest'affezione il primo obbietto dev'essere quello di allontanare la causa. Fa d'uopo esaminare rigorosamente lo stato della vulva, della vagina e dell'utero per correggere qualsiasi disordine che vi si scopra.

Ove si esaminassero bene le inferme, forse se ne troverebbero molte per le quali sarebbero applicabili le spiegazioni suddette e perciò la medesima cura, cioè l'escisione col bistori della porzione di mucosa alterata o l'obliterazione della parte sensibile. Altri casi possono essere curati con le incisioni piuttosto larghe della mucosa nel sito dell'imene, zaffando il passaggio con filaccia bagnata nell'olio per impedire le adesioni e successivamente adoperando di quando in quando un dilatatore per mantenere il conveniente grado di apertura. Marion Sims [1] ha raccomandato uno specolo di vetro da tenere nel passaggio per impedire le adesioni; questo dilatatore si deve portare per un po' di tempo. Scanzoni raccomanda per due o tre settimane la dilatazione da eseguire con una serie di specoli di vetro graduati; tenendoli da mezz'ora ad un'ora per ogni volta ogni due o tre giorni e poi l'astinenza dal coito, i semicupî caldi e le applicazioni di belladonna.

Quando non si può scoprire nessuna alterazione locale circoscritta acquista grande importanza la cura generale. Un metodo di vita regolare e temperato, il moto all'aria aperta, massime a cavallo, l'uso del bagno colla spugna, le frizioni cutanee, il dar prevalenza alla vita materiale più che a quella dello spirito, son tutte misure non secondarie, ma di prim'ordine nella cura, e l'inferma non guarirà perfettamente ove si pongano in non cale queste semplici precauzioni.

---

[1] *Obst. Trans.* vol. iii.

FISTOLE.

Vi può essere una comunicazione anormale fra la vescica e la vagina, cioè una *fistola vescico-vaginale*, il cui grado d'apertura e la forma variano molto. In alcuni casi può essere distrutta tutta la base della vescica, ovvero questa e l'uretra insieme. La perforazione generalmente è conseguenza della lunga pressione del capo del feto durante il parto.

In alcuni rari casi si è trovata una comunicazione fra la vescica ed il collo dell'utero (*fistola utero vescicale*). Finalmente vi sono casi nei quali la perforazione è nel setto retto-vaginale (*fistola retto vaginale*).

La presenza di questa apertura è causa di grandi molestie ed incomodi che, quantunque per sè stessi non gravi, sono deplorevolissimi e noiosissimi per l'inferma.

CURA DELLA FISTOLA VESCICO-VAGINALE. — Non vi è nessuna branca della chirurgia in cui si sia fatto tanto notevole progresso in questi ultimi anni come quella che si occupa della cura di questa specie di fistole, la quale è la più comune fra tutte le fistole degli organi generativi. Oggi possono, quasi senza eccezione, essere guarite le fistole vescico-vaginali, benchè in molti casi, per raggiungere lo scopo siano necessarie una grande perseveranza e pazienza. Spetta al Dr. Marion Sims il merito di avere introdotto l'uso delle suture metalliche, invece di quelle di refe o con la seta che una volta si usavano per avvicinare i margini della ferita, e di uno specolo perfezionato per mezzo del quale si ottiene meglio l'accesso alla parte alterata e sono molto facili le manovre. Gosset di Londra, nel 1834 pubblicò un caso dimostrativo dei vantaggi delle suture metalliche, ma il suo lavoro non richiamò l'attenzione, nè fece adottare ad altri la sua pratica. Dacchè il Dr. Marion Sims introdusse l'uso della « sutura di argento » si sono adottate altre modificazioni dell'operazione, l'uso di clamp, bottoni, stecche ecc., per mantenere avvicinati i margini della ferita, ma da qualche tempo si sono riconosciuti superflui e sembra che la parte realmente importante del perfezionamento dell'operazione consista nella maggiore esattezza con cui si recentano i margini dell'apertura fistolosa e nel tenere intimamente apposte le superficie recentate. Oggi le suture d'uso generale sono le metalliche, ma alcuni operatori preferiscono la seta.

L'operazione, come oggi si esegue da parecchi distinti medici e chirurgi, in sostanza è la stessa, sol che alcuni insistono più di altri su certe particolarità. La più completa opera su quest'argomento è quella del Dr. Emmet [1] nella quale si riferisce un gran

[1] *Vesico-Vaginal Fistula*, 8vo. p. 250. Wood & Co., New York, 1868.

numero di casi molti dei quali difficilissimi. Il Dr. Emmet annette molta importanza alla cura preparatoria che in molti casi consiste in operazioni preparatorie il cui obbietto è di liberare le parti molli, che debbono essere recentate, da adesioni cicatriziali a fasce le quali impediscono che i margini recentati stieno bene in contatto. Il Dr. Emmet dà molta importanza al modo di eseguire queste operazioni preparatorie. Le fasce cicatriziali o i restringimenti ostinati si devono tagliare colle forbici invece che col bistori, perchè le incisioni fatte colle forbici guariscono più lentamente e vi è anche minor pericolo di pioemia. Il tagliare per mezzo queste fasce che si frappongono, spesso si può compiere nel momento dell'operazione finale, poichè la fistola si chiude prima che le ferite prodotte lateralmente ad essa abbiano avuto il tempo di granulare e contrarsi, ma sovente conviene portare per alcuni giorni uno specolo di vetro, dopo incise le adesioni e le fasce, giacchè in tal modo le superficie precedentemente contratte, si allungano definitivamente. Il Dr. Emmet raccomanda inoltre l'uso dei bagni, delle iniezioni, ecc. per procurare uno stato normale della mucosa. Possono essere necessarii alcuni giorni per questa cura preparatoria; le raccomandazioni del Dr. Emmet sono utilissime e pratiche; egli adopera forbici con varie curve per recentare i margini; nell'opera del Dr. Savage si trovano norme molto concise per l'operazione, con le figure dei varii istrumenti richiesti. Prima dell'operazione si evacueranno bene le intestina. Per eseguire la operazione l'inferma verrà situata sul dorso come per la litotomia, sul fianco, col corpo in parte prono, o sulle mani e sulle ginocchia (carponi). I due primi metodi permettono facilmente l'anestesia, l'ultimo è il migliore nei casi difficili; la fistola si mette in evidenza col semplice allontanamento delle labbra col mezzo delle dita e stirando il perineo collo specolo a *becco di anitra* di Sims; poi si recenta il margine della fistola con bistori o forbici adatte allo scopo. Questi istrumenti debbono essere piegati secondo diversi angoli e diverse curve in modo da arrivare facilmente in ogni parte dello spazio circolare costituente la fistola; quanto al modo di recentare la fistola, i margini debbono essere asportati e in questo modo l'operatore esciderà la mucosa della vagina e il tessuto muscolare della vescica, ma non la mucosa vescicale. L'effetto che si ottiene da ciò si è di accrescere la superficie scabra per l'adesione quando vengono posti in contatto i due margini. Tutti gli orli della fistola debbono essere recentati ; fatto il recentamento , si farà la sutura a punti staccati ; i fili s' introdurranno alla distanza di un quarto di pollice dal margine della ferita, penetreranno nel corpo della tunica muscolare della vescica, vicino al margine della superficie tagliata, arrestandosi a breve distanza dalla mucosa. La stessa cosa si farà da ciascun lato. Tutti raccomandano di non toc-

care la mucosa della vescica. Il numero delle suture varia secondo il grado dell'apertura. Il Dr. Marion Sims raccomanda caldamente che sieno numerose e molto avvicinate. Le suture che si usavano una volta, generalmente erano quelle di seta; quando sono stati introdotti tutti questi fili temporanei di seta, i margini, che penzolano liberi, si faranno attraversare dai fili permanenti di argento. Poi si avvicineranno esattamente i margini della ferita stringendo i fili un dopo l'altro e le estremità di questi fili metallici si attorciglieranno fin rasente i tessuti colle dita o con la pinzetta, e poi si taglieranno vicini al margine della ferita.

Nell'eseguire l'operazione bisogna essere attenti per evitare gli ureteri, e quando la fistola sta in alto l'operatore dev'essere molto cauto e conoscere molto bene l'anatomia delle parti.

Le cure successive reclamano un'attenzione speciale. L'inferma si situerà sul fianco a letto, ove rimarrà per alcuni giorni. L'accumulazione dell'urina nella vescica, in generale, si evita tenendo un catetere in permanenza, dal quale verrà fuori a misura che giunge nel serbatoio e si raccoglierà in un sacchetto di gomma elastica situato all'esterno, o, ciò che è meglio, si scaricherà attraverso un tubo di gomma elastica, la cui estremità trovasi in un recipiente messo sotto il letto. Il catetere dev'essere di forma sigmoide; il migliore è quello di metallo flessibile che può tenersi da sè. Mattina e sera si toglierà, pulendolo bene prima di rimetterlo, badando che non si otturi. Alcuni operatori, come il Dr. Meadows, fanno a meno dell'uso permanente del catetere e si dice che le inferme guariscano egualmente. Si eviteranno le evacuazioni intestinali per dieci a quindici giorni dando piccole dosi di oppio di quando in quando. Verso il decimo giorno si toglieranno i fili e ciascun punto verrà sollevato leggermente con la pinzetta e poi si taglierà per mezzo delle forbici a punta ottusa.

Quando la base della vescica è totalmente distrutta, è necessario chiudere completamente la vagina, dopo di che la mestruazione avverrà per la vescica.

Se la comunicazione fistolosa fra la vescica e la vagina è dovuta ad ulcerazione cancerosa o ad ulcerazione sifilitica in via di sviluppo le misure operative sono del tutto inattuabili.

Gli strumenti necessarii all'operazione debbono essere appositamente costruïti a questo scopo. Per le operazioni preparatorie saranno le forbici lunghe, a punta ottusa, leggermente curve e il turacciolo di vetro. Per la operazione definitiva gli specoli a becco d'anitra di varia grandezza o i retrattori metallici leggermente flessibili; uncini con lungo manico con punta acuta e leggermente curvi all'estremità; un uncino ottuso di rame, schiacciato, da servire di guida e per altri scopi. Le forbici, giusta le istruzioni di Emmet

debbono essere di varie curve, a destra e a sinistra, in modo da permettere all'operatore di percorrere il perimetro della fistola, o bistori a lame corte, attaccati a manici lunghi, sotto varii angoli, od un bistori che si adatta ad un manico articolato. Si debbono avere aghi corti per il filo di seta, a varie curvature, un porta-ago, o invece di questi aghi la serie degli aghi curvi speciali di Sims che portano il filo metallico da sè stessi, col manico sopra indicato. Alcuni porta-spugne con lunghi manici, armati tutti di una piccola spugna e un paio di pinzette lunghe da medicatura. Pinzette, con punte molto schiacciate per attorcigliare i fili, fili di argento di varie grossezze. La guida di rame di Sims, piatta, per mezzo della quale l'operatore fissa la fistola e stringe i fili. Catetere. Le figure di questi varii istrumenti si trovano nelle Opere di Emmet, Savage e in altre opere.

CURA DELLA FISTOLA RETTO-VAGINALE.

Generalmente questi casi non presentano la stessa difficoltà, riguardo alla cura, di quelli di fistola vescico-vaginale: essi possono essere curati precisamente secondo gli stessi principii. Le applicazioni caustiche soventi bastano a produrre la chiusura della fistola. Se non riescono le misure più semplici si ricorrerà alla recentazione dei margini ed all'uso delle suture metalliche. La cura consecutiva alla operazione consiste principalmente nell'impedire per alcuni giorni la defecazione dando dosi di oppio. Nessuna operazione vale a guarire le fistole prodotte da ulcerazioni cancerose.

Per guarire la fistola vescico-uterina si è procurata la chiusura della bocca dell'utero in modo che la mestruazione avvenga per la vescica. Fra i due mali forse questo è il minore. James Lane ricorda un caso singolarissimo in cui, nonostante la chiusura della bocca dell'utero, l'inferma divenne incinta; forse perchè la chiusura non era completa. Varii casi importanti e non comuni si trovano nell'opera del Dr. Emmet. [1]

TUMORI CHE CRESCONO NELLE PARETI O DALLE PARETI DELLA VAGINA.

Nella parete vaginale talvolta si trovano *tumori fibrosi*. Sir J. Paget [2] asportò, enucleandolo, un duro fibroma, della grandezza di un uovo di gallina, dalla parete vaginale che sta di fronte alla bocca dell'utero, il quale era stato la causa di profuse perdite sanguigne; e

[1] I metodi operativi più raccomandati per le fistole saranno in modo completo descritti ed illustrati da figure nell'Appendice «Sulle operazioni ginecologiche» che si pubblicherà fra breve. SCAMBELLURI.

[2] *Med. Times and Gaz.* Aug. 17, 1861.

talvolta tumoretti della stessa natura si trovano più all'esterno della vagina vicino all'utero. Vi sono i *polipi fibrosi* della vagina, attaccati ad un peduncolo e penzolanti liberi nel canale vaginale, ed i *polipi mucosi* della vagina. Questi casi sono rari.

Si sono osservati *tumori adiposi* fra il retto e la vagina [1].

Il *cancro della vagina* si presenta sotto due forme. In alcuni casi troviamo sulla superficie libera, tumori a cavolofiore e per lo più altri tumori simili, contemporaneamente, al collo dell'utero. In altri casi la parete vaginale è ingrossata, dura, irregolare, nodulare. Può essere attaccata qualunque parte della parete vaginale; spesso una conseguenza dell'ulcerazione cancerosa della volta della vagina è la fistola vescico-vaginale.

CURA DEI TUMORI CHE SI SVILUPPANO NELLE PARETI VAGINALI O DA ESSE. — I tumori fibrosi che si sviluppano nella parete vaginale o pendono da una qualunque parte di questa attaccati ad un peduncolo, sono i soli che si possono sottoporre ad una cura chirurgica; essi si oppongono al coito e perciò bisogna asportarli. Per i tumori polipoidi è meglio adoperare lo schiacciatore. Se stanno vicini alla vescica si deve badare a non ferirla durante l'operazione. L'uso del bistori e delle forbici è necessario quando si deve asportare un tumore più grande che ha una più ampia base di attacco.

I tumori cistici della vagina, quando sono peduncolati, si curano con la escisione. Se non vi è peduncolo, si può pungere la cisti e fare un' iniezione dopo averla vuotata, ovvero si può dissecare la cisti dai suoi attacchi se non ha un volume considerevole. Quest'ultimo metodo è, tutto sommato, il migliore, perchè quando la cisti si vuota soltanto senza far altro, torna a riempirsi.

Quanto alla cura dei tumori cancerosi della vagina, si applicano le stesse regole date per il cancro dell'utero.

[1] Vedi l'Opera del Dr. D. D. Davis vol. i. p. 137. Nelle opere del Dr. West e del Dr. M'Clintock si troveranno anche descritte di queste abbastanza rare affezioni.

CAPITOLO LII.

MALATTIE DELL'URETRA E DELLA VESCICA.

Diagnosi.
Disordini dell'urinare considerati in relazione alla diagnosi delle loro cause.
Malattie dell' uretra e della vescica — Infiammazione cronica dell' uretra — Cura — Restringimento dell'uretra — Cura — Tumori vascolari del meato — Cura — Arrovesciamento dell' uretra e della vescica — Cura — Ritenzione dell' urina — Uso del catetere — Cistite cronica — Cura — Polipo della vescica.

DIAGNOSI.

Le affezioni della vescica e dell'uretra sono numerose e talvolta producono conseguenze molto gravi. La loro diagnosi ; benchè si faccia in realtà con mezzi semplici, spesso è difficile, poichè i sintomi non di rado sono di natura molto equivoca.

L'esplorazione fisica dell'uretra e della vescica è facile. L'orifizio uretrale si può vedere subito, il canale si può esplorare facilmente con la sonda e col catetere e determinare se è libero e se vi sono irregolarità. La vescica si può esplorare col dito dalla vagina in modo da stabilire qual' è la sua spessezza e densità e se vi sono corpi estranei, per es. calcoli; la vescica si può anche esplorare bene dall' interno per mezzo della sonda e del catetere.

In un caso di diagnosi oscura si deve ricorrere a questi varii metodi di esame. Non di rado per averli negletti restano per lungo tempo ignorate alcune condizioni che sono molto facili a rilevare ed importanti.

I *disturbi dell'orinare* costituiscono i più importanti sintomi delle malattie della vescica e dell'uretra e ce ne occuperemo qui immediatamente.

DIFFICOLTÀ DELL'URINARE (DISURIA).

Facilmente si confonde il dolore con la difficoltà d'urinare e viceversa.

La difficoltà di urinare dipende da una o due cause. O la vescica è incapace di espellere il suo contenuto o l'uscita dell'urina è impedita da qualche stato anormale dell' uretra.

La vescica *non ha la forza di contrarsi* quando le sue fibre muscolari sono paralizzate o, ciò che è la stessa cosa, quando non funzionano. La *paralisi delle pareti vescicali*, nello stretto senso della parola, non è comune; si osserva nell'ultimo periodo delle febbri infettive — p. es. nella febbre puerperale — e può essere la conseguenza di una prolungata distensione della vescica per cui la contrattilità delle fibre muscolari è distrutta o diminuita, come avviene durante il parto.

La causa della difficoltà di urinare nei casi di questo genere è abbastanza evidente, tranne quando la paralisi è estesa anche allo sfintere ed il costante gocciolìo dell'urina rende meno chiara la distensione della vescica. Alcuni anni dietro io vidi un caso di distensione di questo genere il secondo giorno dopo il parto; la vescica era molto piena, ma la scarsa perdita dell'urina, che avveniva di quando in quando, rendeva molto oscura la vera natura dell'affezione. Talvolta si presentano casi più cronici; la vescica è largamente distesa, simula un tumore addominale ed essendo l'uscita della urina abbastanza regolare, l'attenzione non è richiamata allo stato della vescica. In tale circostanza, per non essersi fatta una diagnosi precisa, si sono avute conseguenze deplorevoli. In casi di paraplegia, vi è paralisi delle pareti della vescica che, d'altronde, si osserva più spesso verso l'esito finale della malattia e la paralisi in principio si estende in un grado notevole soltanto allo sfintere. I casi cronici di paralisi della vescica sono caratterizzati da cattivo odore dell'urina dovuto principalmente alla continua ritenzione di una parte del liquido nell' interno dell'organo.

In casi di *malattie organiche dell' interno della vescica — p. es. cancro* — vi è sovente difficoltà ad urinare ed urina sanguigna, ed il bisogno di orinare è frequente e doloroso. In un' altra più rara malattia della vescica, il *polipo*, questo può impedire l'arrivo dell'urina nell' uretra.

Restringimento organico dell'uretra femminile. — Quando la difficoltà di urinare dipende da questa causa, essa è più o meno continua, quantunque sia soggetta ad aggravamenti. La vescica si evacua con lentezza, il getto è piccolo, talvolta vi è dolore e la difficoltà per lo più aumenta in modo lento coll'andar del tempo. Di aiuto alla diagnosi può essere l'anamnesi, ma è naturale che si debba fare un esame delle parti. La causa della difficoltà di urinare e del dolore può essere anche un *tumore vascolare dell'uretra* o il *polipo dell' uretra*.

In quest'ultimo caso l'urina esce con difficoltà e con sforzo e talvolta vi può essere perdita sanguigna. Possono rendere difficile l'urinare le *cisti o altri tumori della vagina*, se crescono vicino all' uretra o al collo della vescica. Come causa di « dolore nell'uri-

nare » e di « difficoltà » possiamo ricordare la rara *inversione della vescica*.

Spostamenti dell'utero. — Siccome il collo della vescica è connesso all'utero, gli spostamenti di questo implicano un certo grado di spostamento di quello. Una notevole difficoltà ad urinare la produce la *retroflessione o retroversione dell'utero* e specialmente dell'utero gravido. In questi casi la vescica si vuota con grande difficoltà.

L' uretra, come si vede nella fig. 118 è tratta in alto dietro il pube e allungata, stirata e compressa posteriormente dal tumore uterino. Nei primi periodi della gravidanza la difficoltà di urinare, che dura per qualche tempo, e va aumentando, ci deve far sospettare la retroflessione o retroversione, cosa importante, giacchè, per curare bene questo caso, è necessario riconoscere presto la loro vera natura. Gli altri segni della retroversione dell'utero gravido sono l'appiattimento della regione ipogastrica, gli sforzi involontarii o il tenesmo, la pesantezza ai lombi e alle anguinaie, la costipazione, ecc.

L'ingrossamento dell'utero prodotto da *fibroma o altro tumore*, può essere anche causa di difficoltà di urinare; infatti questo sintomo si osserva molto comunemente nei varii periodi di quest'affezione. Nei casi di fibromi dell'utero talvolta si osserva un singolare fenomeno che forse non è speciale di questi tumori, cioè le modificazioni della capacità che ha la vescica ad evacuarsi secondo la posizione del corpo. Così una Signora, che venne a consultarmi, da 7 anni aveva un grosso fibroma uterino; da poco tempo notava qualchevolta difficoltà nell'urinare, che essa sempre poteva vincere mettendosi carponi. In questo caso il tumore uterino era mobile e quando l' inferma chinava il corpo in avanti la pressione del tumore uterino cessava allo sbocco della vescica. Sir C. M. Clark ricorda un caso in cui l'inferma poteva emettere piccole quantità di quando in quando giacendo sul dorso, con la pelvi un po' sollevata [1].

Durante la discesa del capo del feto attraverso la pelvi nel parto vi è difficoltà di urinare perchè il canale dell' uretra è parzialmente o completamente ostruito per la pressione.

Nel *prolasso della vescica* (cistocele) si osserva lo stesso sintomo; la posizione dell'uretra in questo caso è precisamente l'opposta di quella che si ha nella retroflessione dell'utero, giacchè il canale è piegato in basso più che in alto. In questi casi di cistocele l' inferma evacua la vescica semplicemente con lo spingere in alto il tumore, in tal modo il canale uretrale ripiglia quasi la sua posizione normale.

I *tumori dell'ovaia*, fino a che restano nella pelvi, spesso pro-

---

[1] *Op. cit.* p. 254.

ducono grande difficoltà d'urinare; quando, per lo sviluppo del tumore, questo oltrepassa l'orlo della pelvi, la pressione sull'uretra finisce e l'inferma migliora quanto al sintoma di cui ora parliamo.

In breve, la difficoltà dell'urinare può essere cagionata da qualunque tumore che sta nella pelvi, capace di far pressione sul canale dal quale deve passare il contenuto della vescica. Una cosa caratteristica della maggior parte di quei casi, in cui la difficoltà di urinare dipende da pressione di tumori ecc. entro la pelvi, è che la detta difficoltà sia più o meno cronica e facendo un esame si trova che dura da qualche tempo, tranne quando il tumore pelvico ha avuto uno sviluppo molto rapido. Un esempio di questo genere, che è eccezionale, l'abbiamo nei casi di *ematocele peri-uterino* in cui il sangue, rapidamente versatosi nelle vicinanze dell'utero forma un considerevole tumore e perciò produce difficoltà nell'urinare.

DOLORE NELL'URINARE.

Esso è un sintomo predominante nell'urinare o dopo quest'atto. Vi può essere difficoltà a questa funzione, ma il dolore che l'accompagna è la cosa che principalmente richiama l'attenzione.

L'urinare può essere doloroso a causa di *anormali condizioni dell'urina stessa*, *della vescica*, *dell'uretra*, *della mucosa vaginale* o a causa di *spostamenti* prodotti da affezioni di altri organi adiacenti.

Urina. — Le condizioni morbose dell'urina a cui sopra abbiamo accennato sono l'acidità o alcalinità, la presenza di renelle, la mescolanza di sangue all'urina, quando trattisi del morbo di Bright, di calcolo renale, di cancro della vescica o di altro. Se l'urina è di natura irritante spesso produce escoriazione allo sbocco della vagina.

Vescica. — La cistite cronica od acuta s'accompagna a dolori nell'urinare e sovente al tempo stesso vi è una grande frequenza del bisogno di evacuarla. In questi casi di cistite, vi è dolore più o meno costantemente e durante il passaggio dell'urina dalla vescica. La cistite può dipendere dalla presenza di un calcolo nella vescica o da parziale o completa ritenzione di urina; nei casi di calcolo vi è dolore nei movimenti ed in epoche variabili. Il dolore durante l'urinare per lo più non è considerevole, ma nella maggior parte dei casi vi è dolore appunto alla fine dell'emissione. Il dolore nel corso di questa, quando vi è cistite, dipende o dallo stato dell'urina, che spesso è molto irritante, o dalla concomitante infiammazione dell'uretra.

Nelle *affezioni maligne della vescica* il dolore consecutivo all'orinare è un sintoma rilevante, ma si presenta anche in altri momenti, con frequenza del bisogno di emettere le urine, con torbidezza delle urine, con accidentale presenza di sangue ecc. Questa malattia è rara e l'affezione con cui è più facile confonderla è il morbo organico dei reni. Per sciogliere la questione fa duopo esaminar la vescica.

Uretra. — Nella maggior parte dei casi, l'emissione dolorosa delle urine dipende da stati morbosi dell'uretra. Nell'uretrite, specifica o no, vi è dolore di natura bruciante (scottante, come si è opportunamente chiamato) ed è più o meno permanente; ma durante il passaggio dell'urina è molto intenso; l'emissione non solo è dolorosa, ma molto frequente. Il modo repentino con cui sorge l'attacco, in generale, caratterizza la presenza di uno stato infiammativo dell'uretra.

I sintomi osservati nella infiammazione dell'uretra, di natura specifica — cioè prodotta da virus gonorroico — pertanto non sono sempre qualificativi, generalmente vi è gran dolore nell'emissione, di natura bruciante, accompagnato spesso a contrazioni spasmodiche dello sfintere a cui in parte è riferibile. La presenza di uno scolo uretrale, e le informazioni che si possono avere dall'inferma, ci aiuteranno a dare un giudizio (veggasi pag. 462). Nei casi di infiammazione gonorroica dell'uretra, il periodo di emissione acutamente dolorosa in generale non oltrepassa due o tre giorni; accompagna l'irrompere dell'infiammazione, ma poi è meno rilevante. Troviamo inoltre stati infiammativi dell'uretra in seguito ad offese meccaniche, come per la masturbazione, per il coito troppo frequente o violento; ovvero l'infiammazione può essere la conseguenza di irritazione vescicale, come nella cistite o nella calcolosi.

Una forma ostinata di uretrite cronica, non connessa a gonorrea, secondo il Dr. Ashwell e il Dr. M'Clintock, fra gli altri sintomi può dare occasione ad un'emissione dolorosa e molto frequente dell'urina. Il dolore si manifesta anche indipendentemente dall'urinare ed è prodotto dal passaggio del catetere. Sembra che si tratti di una flogosi cronica di tutta la mucosa uretrale.

Nei casi di tumore vascolare del meato, il dolore ordinariamente è molto grave, tanto da far temere all'inferma di evacuare la vescica. Ci deve far sospettare quest'affezione, nelle donne di media età, il vedere che per lungo tempo vi ha emissione dolorosa. Allora è necessaria la esplorazione del meato. Nelle fanciulle, in alcuni rari casi, è causa di difficoltà e dolore nell'urinare il *prolasso della mucosa uretrale o l'inversione della vescica.*

Un'altra classe di casi di emissione dolorosa è quella in cui la vescica e l'uretra sono normali, ma l'ostio vaginale è infiammato ed il passaggio dell'urina produce dolore per il suo contatto con la superficie infiammata. Certe forme di leucorrea si accompagnano ad emissione dolorosa a causa di questo stato infiammativo allo sbocco della vagina. Quando la parte superiore ed interna delle cosce è escoriata per il contatto col materiale irritante, come quelli che vi sono nel periodo ulcerativo del cancro dell'utero ed in alcune altre circostanze, l'inferma ci farà conoscere che vi è emissione dolorosa; ed il dolore dipende anche, nell'ultimo caso, dal contatto

dell'urina con una superficie infiammata ulcerata. A causa della masturbazione si possono infiammare le vicinanze immediate dello sbocco del meato urinario.

Le *alterazioni della posizione dell'utero* a causa delle quali l'uretra viene allontanata dal suo posto, le alterazioni della vescica o un tumore di organi adiacenti possono, come abbiamo già detto, produrre difficoltà di urinare. Questa generalmente si accompagna a dolore più o meno forte, ma essa, nella maggior parte dei casi, non è il sintomo predominante; qnantunque lo possa essere in poche circostanze eccezionali. Con un po' di attenzione nell' interrogare contradditoriamente l' inferma, per lo più si può scovrire se si manifestò prima il dolore o la difficoltà, la qual cosa è importante per la diagnosi.

FREQUENZA DELL'URINARE.

Forse, non vi è stato patologico della vagina, dell' utero, della vescica o degli organi adiacenti, che non possa in qualche momento dar origine a frequenza di urinare, senza parlare delle varie condizioni dell'urina che possono produrre lo stesso fenomeno. Perciò si può appena ritenere come carattestica della presenza di uno stato patologico determinato.

La frequenza sovente è uno dei primi segni della gravidanza. Nelle primipare, durante i primi due mesi della gestazione è molto comune. Verso l' ultimo periodo della gravidanza si osserva anche spesso.

Nell' isteria è un sintomo che frequentemente si osserva durante gli attacchi.

Questa frequenza può essere prodotta da *spostamenti uterini*. Quasi invariabilmente la produce ad un grado elevato l' antiflessione dell'utero. Allo stesso modo può anche manifestarsi difficoltà e dolore. Causa di frequente emissione delle urine sono i tumori *ovarici* o altri tumori *pelvici* per la pressione che fanno sulla vescica, come già abbiamo notato ; i disturbi urinarii sono più frequenti durante i primi periodi di questi tumori, che negli ultimi; quando si sono ingranditi si elevano fuori della pelvi e l'inferma soffre meno. La frequenza dell'urinare può dipendere da *retroflessione dell'utero gravido*. Vi può essere difficoltà soltanto, ma più spesso si notano difficoltà e frequenza di urinare. Vi può essere soltanto frequenza. Le *affezioni organiche dell'utero*, come il cancro, i fibromi, i polipi o la semplice ipertrofia o uno stato infiammativo o iperestesico dell'organo possono tutti cagionare frequenza dell'emissione delle urine. La pressione sulla vescica e relativa frequenza del bisogno di vuotarla possono essere prodotte da ascesso nel tessuto connettivo che

sta fra la vescica e la vagina o da versamento di sangue nella cavità peritoneale che circonda l'utero nei casi di ematocele periuterino.

La *dismenorrea* spesso si accompagna a frequenza di urinare; il tenesmo dell'utero si estende alla vescica.

Alla suddetta frequenza possono dar origine *certe condizioni della vescica.* Il *calcolo della vescica*, la *cistite*, il *cancro*, quello stato speciale conosciuto col nome di « *vescica irritabile* » producono questo sintomo, che si osserva maggiormente nel primo periodo di queste malattie: un'altra causa sono la *presenza di sangue nelle urine e varii stati patologici delle stesse*; *l'irritazione propagata dai reni o dal retto,* quando vi sono le *emorroidi.* Nei casi in cui le emorroidi son connesse a disturbi nella funzione vescicale, esse restano per qualche tempo ignorate.

Altra causa di frequente emissione delle urine, è *l'infiammazione dell'uretra*, come nella gonorrea, o indipendente da questa: allora l'urina si emette a goccie, con dolore bruciante. I *tumori vascolari* del meato producono lo stesso effetto, che si distingue dalla frequenza prodotta da stati infiammativi per la sua lunga durata.

EMISSIONE INVOLONTARIA.

Le condizioni in cui si può osservare questo sintomo sono le seguenti:

Fistole nel setto vescico-vaginale. — In tali casi l' inferma può appena regolare con la sua volontà l'evacuazione della vescica, giacchè l'urina non appena è segregata sfugge dall' apertura anormale. La formazione di queste fistole, generalmente ha luogo durante il parto, ma possono darvi origine le ulcerazioni *sifilitiche* o *cancerose.* Se si sospetta la fistola bisogna attentamente esaminare la vagina o la vescica.

Si son riferiti casi in cui l'emissione involontaria fu prodotta dalla presenza di una fistola *vescico-uterina.* In essa i sintomi sono molto caratteristici, ma la natura del caso si potrà facilmente determinare mediante un attento studio dell'anamnesi, combinato con l' esame della vagina. Se l' urina sgorgasse attraverso la bocca dell' utero questo sarebbe un argomento decisivo [1].

Nell'ultimo periodo della *gravidanza* sovente si osserva una involontaria emissione di urina.

La *retroflessione dell' utero gravido* può causare grande disten-

---

[1] Un importantissimo caso di questo genere è riportato dal Dr. Leishmann nel *Glasgow Medical Journal*, Ottobre 1861. In questo caso l'inferma poteva trattenere l'urina nella vescica solo quando giaceva sul fianco.

sione della vescica; e non è raro di osservare casi di questo genere sotto la forma seguente: l'inferma si lagna d'involontaria emissione, e all'esame si trova invece un vero stato di *ritensione di urina*, prodotto da retroflessione, che lascia sfuggire piccole quantità di liquido di quando in quando a causa dell'estrema distensione della vescica. Il periodo della gravidanza in cui più comunemente avviene questa distensione della vescica è il quarto mese. William Hunter suppose che la suddetta distensione fosse la causa dello spostamento dell'utero. Il Dr. Tyler Smith per il primo osservò che la retroversione (almeno in molti casi) è il fatto primario, giacchè la retroversione esisteva prima che avvenisse la gravidanza [1].

Quando la vescica è in parte o interamente paralizzata, come durante le febbri, ecc., può succedere una grande distensione dell'organo e *stravaso*, come nel caso di retroflessione surriferito.

Dopo il parto, frequentemente, c'è per pochi giorni involontaria emissione, che può durare perfino settimane o più. Gli elementi muscolari dell'uretra in questi casi hanno dovuto subire una straordinaria pressione e qualche lesione durante il parto. Perciò nelle donne che ebbero molti figli, il collo della vescica diviene talvolta permanentemente indebolito e il dominio sulla vescica è per conseguenza sempre imperfetto.

Di quando in quando anche i *tumori delle ovaie* producono involontaria emissione perchè il tumore, stirando la vescica fa un ostacolo meccanico all'azione dello sfintere.

In un caso ricordato da Breslau [2] la causa era dovuta a *grave ipertrofia delle ninfe*. Anche qui l'azione dello sfintere era impedita dalla trazione delle ninfe ingrossate.

In un caso capitato a me nell'*University College Hospital*, l'emissione dipendeva da *cicatrizzazione del canale vaginale*. dopo il parto. Per qualche tempo si era supposto che ci fosse in atto una fistola, ma tagliando le cicatrici per esplorare la parte superiore della vagina si scovrì che non c'era fistola e si guarì l'inferma.

Il *cancro dell'utero* si può estendere al collo della vescica e produrre l'involontaria emissione in seguito ad ulcerazione della sottoposta porzione di canale uretrale o della vescica stessa.

È rarissimo che si osservi una debolezza *congenita* dello sfintere della vescica, ma la sua esistenza non dev'essere dimenticata. L'*incontinenza congenita dell'urina* può essere causata da *formazione imperfetta del canale uretrale unita ad epispadia*, come ne ha ricordato un interessantissimo caso il Dr. Röser [3], in una giovane donna, a 18 anni, con incontinenza fin dalla nascita; la clitoride

---

[1] *Obst. Trans.*, vol. ii.
[2] Scanzoni's *Beiträge für Geburtsk.* 1858.
[3] *Würt. Corr. Bl.* 1861, e Schmidt's *Jahrb.* vol. cxii. p. 47.

consisteva di due parti; la porzione superiore ed anteriore dell'orifizio dell'uretra mancava e l'orifizio stesso era larghissimo. Si ottenne la guarigione unendo con un'operazione plastica le due metà della clitoride.

Impossibilità d'urinare. — Quando l'inferma non può assolutamente emettere l'urina, è evidente che ci debba essere o un impedimento all'uscita del liquido dalla vescica o i reni non danno secrezione. In altri termini, ci deve essere o *ritensione* o *soppressione* dell'urina. Per distinguere questi due stati devesi notare che, per lo più, nella ritensione l'ammalata prova il bisogno di vuotare la vescica, ciò che non succede nei casi di *soppressione;* c'è però da fare un'eccezione per i casi di paralisi delle estremità inferiori, e per alcuni altri in cui c'è una paralisi di *moto* e di *senso.* È raro che si possa confondere la soppressione con la ritensione; ma si può avverare un così pericoloso errore e non è fuori della possibilità che osservando con disattenzione una ritensione venga giudicata per soppressione. Questo può succedere se vi sono anche malattie che producono una grande prostrazione e specialmente se vi è febbre; l'inferma può stare molto tempo senza evacuare la vescica e se questo fatto sfugge all'osservazione, la vescica potrà essere costretta ad aumentare di volume. Aggiungasi che il fatto (più sopra accennato) che di quando in quando può sfuggire un po' d'urina dall'organo dilatato, può spesso rendere il caso ancora più oscuro e la ritensione può intanto persistere fino ad un grado pericoloso. Non si deve tener conto del fatto che l'inferma non ha manifestato nessun desiderio di evacuare la vescica; e dopo decorso un certo tempo, bisogna fare un esame per determinare se si tratti di una ritensione o di una soppressione. L. Vandeweren [1], ha riferito un caso in cui una donna creduta idropica, morì a causa di rottura della vescica, prodotta da ritensione. Dai risultati dell'esame dell'inferma dipende adunque un giudizio definitivo fra la ritensione e la soppressione. Dopo il parto la vescica non di rado resta distesa per troppo lungo tempo, giacchè l'inferma non prova desiderio di evacuarla.

Abbiamo già discorso dei casi in cui la ritensione è combinata ad emissione involontaria.

La *ritensione* prodotta da impotenza ad evacuare la vescica, accompagnata a disturbo e vivo desiderio di urinare, può dipendere da azione meccanica di qualsiasi specie sul collo della vescica, per esempio, per *fibromi* della parete uterina, per distensione dell'utero da liquido, raramente per *tumori ovarici*, ecc. La *retroflessione*

---

[1] Larbaud, *Recherches sur le Catarrhe, la Faiblesse et la Paralysie de la Vessie*, pag. 68.

dell' utero o la *retroversione*, quando avvengono repentinamente, possono anche produrre ritensione che, o sopraggiunge subito o non si scovre per lungo tempo, perchè di quando in quando avviene una parziale uscita del contenuto della vescica. Nei casi di *prolasso dell' utero* la ritensione può avvenire durante i periodi catameniali, quando l'organo è più grande e più pesante ed anche nei casi di prolasso della vescica, d'inversione cronica dell'utero, ecc.

Un'altra forma di ritensione, che non è affatto rara, si osserva nelle inferme *isteriche* ed è accompagnata da dolore acuto all'ipogastrio. Questa ritensione è di natura più acuta di quelle precedentemente studiate e in generale l'inferma riferisce di aver avuto altri attacchi simili. In molti casi la natura e la causa della ritensione non possono essere conosciute senza un esame locale.

Finalmente, vi sono inferme le quali non emettono affatto urina perchè non ve n'è in vescica. Recentemente ne ho visto una in cui gli ureteri erano occlusi da un cancro della base della vescica ed in questa non poteva affatto penetrare l'urina. Questa specie di *soppressione* si è veduta seguire anche alla pressione di un grosso tumore ovarico o di altra natura sugli ureteri; comunemente però la soppressione nel vero senso della parola dipende da altre cause, la cui esposizione non entra nello scopo di quest'opera.

INFIAMMAZIONE CRONICA DELL'URETRA.

Il canale è in uno stato anormale, presenta al dito una grossa corda dura che può essere sensibile o no al tatto. L'introduzione del catetere può essere accompagnata da molto dolore. In molti casi abbiamo uretrite come conseguenza di un'infezione *gonorroica* ed allora vi è rossore e sensibilità e scolo puriforme dall'uretra, bruciore nell'urinare e sangue nell'urina. L'infiammazione gonorroica dell'uretra, che continua per molto tempo, dà luogo qualche volta ad altre conseguenze, cioè a produzione di uno stato di ispessamento e durezza dell'uretra, come sopra abbiamo detto, ed astrazion facendo da un minuto esame dell'anamnesi può non esservi nulla che indichi se l'uretrite cronica sia di origine gonorroica o no. La frequenza e il dolore nell'urinare, un leggiero scolo ed il dolore durante il coito ecco i sintomi che ordinariamente si notano in questi casi.

Cura.—La cura dell'uretrite cronica consiste nel riposo, nell'uso dei semicupî tiepidi, nell'evitare ogni causa di irritazione, nell'osservare la nettezza, nelle lavande astringenti, o nell'iniezione di deboli soluzioni di allume o solfato di zinco nell'uretra. Nei casi semplici basterà questa cura. Fra i rimedî interni, il più efficace è senza dubbio il copaive, e si può raccomandare contemporaneamente agli

altri rimedî esterni sopra detti, in qualsiasi caso sospetto o no di origine gonorroica. La malattia è senza dubbio difficile a guarirsi massime quando l'uretra è inspessata e generalmente è necessaria una grande pazienza per raggiungere lo scopo; talvolta è necessaria l'applicazione del nitrato di argento polverizzato e misto allo zucchero o in soluzione, massime quando è ulcerata la mucosa uretrale.

RESTRINGIMENTO DELL'URETRA.

Molto raramente si osserva nelle donne; esso è naturalmente causa di difficoltà nell'urinare e introducendo uno specillo nel canale facilmente si scopre l'ostruzione. Generalmente dipende dagli effetti di una offesa meccanica, come la pressione fatta dal capo del feto, le contusioni da strumenti durante il parto, trauma accidentale dall'esterno, contrazione consecutiva ad ulcerazione sifilitica o ad infiammazione cronica accompagnata da gonorrea. Sir Henry Thompson [1] dà una relazione dei pochi casi di restringimento dell'uretra femminile che sono stati ricordati da altri o anche da lui. Egli conferma le osservazioni degli autori precedenti che l'ostruzione per lo più si trova vicino all'orificio esterno del canale uretrale, il quale può essere passionato per una lunghezza variabile.

Cura. — « Nel curare le contrazioni organiche dell'uretra », dice Sir. Henry Thompson, « la dilatazione accompagnata, quando è necessario, dall'incisione delle parti ristrette, ... in generale basterà ». La brevità del canale, la sua grande accessibilità renderanno facili le misure operative [2].

TUMORE VASCOLARE DELL'URETRA.

Questo tumore è una vegetazione, di colore rosso vivo, che si sviluppa immediatamente all'interno dell'orificio esterno dell'uretra, la cui grandezza varia da quella di una testa di spillo a quella di una nocciuola. Comunemente è più o meno peduncolata ed il peduncolo, come io stesso ho visto, può avere una lunghezza di un quarto di pollice. Il tumore consiste in un'ipertrofia delle papille mucose della parte. La sua forma ed aspetto danno l'idea di una vegetazione che si sviluppa sulla mucosa. Il tumore può essere unico o parzialmente diviso. La miglior descrizione della struttura intima del tumore l'ha data Burford Norman nel *London Journal of Medicine*, febbraio

---

[1] *The Pathology and Treatment of Stricture of the Urethra.* The Jacksonian Prize for the year 1852. London: Churchill. 2nd ed. pp. 379 *e seq.*

[2] In una donna, da me osservata, con restringimento dell'uretra, da flogosi cronica, che passionava quasi un terzo della sua lunghezza, feci la dilatazione forzata collo strumento di Holt e per pochi giorni successivi applicai candelette corrispondenti al calibro della dilatazione ottenuta. SCAMBELLURI.

1852. Esso per lo più ha un grado estremo di sensibilità. I sintomi prodotti talvolta sono molto gravi, giacchè la loro intensità è sproporzionata alla grandezza del tumore; i principali sono: difficoltà, dolore, e frequenza di emissione, dolore nel coito, dolore nel camminare ecc. Il segno più costante è il dolore immediatamente dopo urinato mentre escono dalla vescica le ultime poche goccie di urina. Questi tumori secondariamente possono dar origine a parecchi altri sintomi e in alcuni casi i sintomi sono così vaghi che la diagnosi resta per molto tempo oscura, massime quando l'inferma, per pudore, non descrive al medico assistente i sintomi in modo così esplicito da indurlo a fare un esame locale.

Cura. — Il tumore si cura benissimo esattamente dissecandolo dalla superficie cui è attaccato per mezzo di un piccolo bistori o delle forbici ed applicando leggermente l'acido nitrico concentrato sulla superficie del taglio. Se s' incontra difficoltà ad afferrarlo con la pinzetta si può adottare il metodo del Dr. M'Clintock cioè di abbracciarlo in un'ansa di filo che forma una specie di cappio. Altri metodi curativi, come la cauterizzazione col nitrato d'argento, richiedono un tempo più lungo e sono meno soddisfacenti. Nessun'altra affezione, di quelle a cui le donne van soggette produce tanta molestia e tanto incomodo, nè può essere curata tanto facilmente quanto questa. Si osservano qualche volta vegetazioni verrucose dalla parte esterna del meato. In alcuni casi di questo genere venuti sotto la mia osservazione, l'affezione aveva prodotto un prurito molto doloroso, in altri un numeroso gruppo di vegetazioni verrucose situate in questo punto, avea prodotto considerevole difficoltà e dolore nel coito e si scovrì che erano di origine sifilitica. La cura consistette nell'asportazione per mezzo del bistori.

PROLASSO DELLA MUCOSA URETRALE.

L' hanno notata Lisfranc, M'Clintock [1] ed altri. In tali casi può occupare l' apertura uretrale un tumore di grandezza variabile di colore rossastro, rosso scuro o rosso pallido. Si distingue facilmente dal tumore vascolare esaminandone attentamente i rapporti e adoperando il catetere; e se non è infiammato e molto doloroso si può spingere in dietro ed impiccolirsi.

Il *prolasso della vescica* si osserva talvolta in fanciulle tenerissime. Avviene nelle bambine, forse nella stessa classe di casi in cui avviene il prolasso del retto e per una simile causa — cioè uno sforzo violento durante la tosse o forse nella disuria prodotta da ascaridi. Il Dr. M'Clintock riferisce un caso osservato dal Dr.

[1] *Loc. cit.* p. 236.

Beatty di Dublino, in una bambina di circa due anni ; il tumore era scarlatto, grande quanto una noce, molto doloroso. Fu ridotto con la pressione ed apparve l'uretra molto ampia. Crosse di Norwich ha riferito un caso precisamente simile, in una bambina quasi della stessa età e che al principio si ritenne essere un tumore vascolare del meato; stavasi per fare un' operazione , quando Cross scoprì la vera natura del tumore. Nelle adulte, il prolasso della vescica avviene solo quando vi sono aperture fistolose.

Cura. — Questi casi di prolasso dell'uretra ecc., si curano con la riduzione, col riposo e con l' applicazione ben fatta di compresse bagnate nell' acqua fredda. Si è raccomandato il catetere a permanenza, ma sembra che aumenti la irritabilità delle parti.

RITENZIONE DI URINA.

Può dipendere da molte cause (veggasi pag. 743). Qui è necessario soltanto indicare come si porta rimedio all'inferma in tali circostanze.

Le fomentazioni calde frequentemente procurano il vuotamento della vescica, ma molte volte è necessario il catetere.

Modo d'introdurre il catetere nella donna. — La perizia nel maneggiare il catetere si acquista soltanto con la pratica, ma l' operazione in generale si esegue senza molta difficoltà da chi conosca bene l' anatomia della parte.

Ecco come bisogna procedere: L' inferma giacerà sul dorso, l'operatore si situerà al suo lato destro, la gamba destra si metterà in flessione poggiando la pianta del piede sul letto. L'operatore allora per mezzo di un dito della mano sinistra, che si fa scendere dall'addome sul pube, determina la posizione della clitoride e dell'orificio uretrale che sta immediatamente sotto di essa, e, fatto ciò, si passa sotto la gamba destra la mano dritta che tiene il catetere di gomma elastica o di argento dirigendo la punta nel canale uretrale. La principale cosa che bisogna stabilire è la posizione della clitoride e dell'orificio uretrale, quest' ultimo si riconosce perchè immediatamente in sotto di esso vi è il canale vaginale. Se si introduce il dito nella vagina il canale uretrale deve trovarsi nella linea mediana immediatamente sopra di essa.

È bene avere un sottile tubo di gomma elastica lungo cinque piedi unito al catetere, così l'urina scorre direttamente in un recipiente situato nel pavimento.

Quando la ritenzione dipende dallo stiramento in alto della vescica, prodotto da tumori di vario genere e da pressione sull'uretra, la direzione del canale uretrale è molto alterata. In tali casi si deve usare sempre un catetere di gomma elastica , ma bisogna essere accorti per non maltrattare le pareti del canale.

AFFEZIONI DELLA VESCICA.

L' infiammazione della vescica ci si presenta piuttosto con frequenza sotto una delle sue forme. Dopo il parto, dopo operazioni vicine agli organi genitali non è raro che la mucosa vescicale s'infiammi ed avvenga una volta uno sfaldamento della stessa, un'altra una cistite cronica con secrezione continua di muco viscoso, uno stato ammoniacale dell'urina, perdita di sangue qualche volta, grande molestia e frequenza di urinare, dolore nella regione della vescica, ed altri sintomi deplorevoli. Importa ricordarsi che i sintomi riferibili alla vescica spesso sono in realtà dovuti a stati morbosi dei reni o degli ureteri o di entrambi. Nelle opere di medicina e di chirurgia si troveranno studiate le malattie di questi organi. L'incontinenza di urina può sopraggiungere nel parto quando l'uretra ha subito una pressione prolungata. L'uso a tempo debito del catetere dopo il parto impedirà quella *cistite* che può essere prodotta da impotenza dell' inferma ad evacuare spontaneamente la vescica. Se realmente vi è la cistite con febbre, dolore, sensibilità, possono essere necessarie le mignatte. Bisogna dare bevande addolcenti come l'acqua d'orzo ed evitare tutti i cibi irritanti. È importantissimo il riposo.

La cistite cronica può essere prodotta da antiflessione dell' utero. Mi sono capitati casi notevolissimi che ho guarito curando l'affezione uterina.

Nella forma *cronica* della malattia la cistite si cura benissimo dando gli acidi minerali allungati; l'uva ursina e la pareira brava si sono sperimentate utili da moltissimi medici, insieme all'acido nitro-muriatico allungato. Sir Henry Thompson ha introdotto l'uso del decotto di gramigna *(triticum repens)* nei casi di cistite cronica nell'uomo ed ha visto che è molto efficace a calmare i vari e molesti sintomi inerenti a questa malattia. Io del pari l'ho trovata molto utile nelle infiammazioni croniche della vescica della donna. Questo distinto chirurgo, a proposito dei decotti addolcenti e degli infusi ecc. contro le affezioni vescicali, afferma che sono necessarie grandi quantità perchè riescano benefici. Il Dr. West parla molto bene della introduzione di un setone immediatamente sopra la sinfisi pubica nei casi di cistite cronica, ed io ho visto seguire gran beneficio alla contro-irritazione in questo stesso punto. In questi casi è molto importante la cura generale, alcune inferme hanno bisogno di un'alimentazione generosa, mentre altre si trovano meglio con un metodo opposto. Il dolore e le sofferenze nella cistite si calmeranno con gli oppiacei amministrati spesso ed a grandi dosi. Negli Stati Uniti talvolta si è ricorso alla formazione di una fistola vescico-va-

ginale per guarire una cistite ostinata. Il Dr. Pallen [1] chiama questa operazione « colpocistotomia ». Quando vi è la *cistite propriamente detta*, egli crede che un solo rimedio guarirà l'inferma: il prolungato e assoluto riposo della vescica, che si ottiene soltanto con la colpocistotomia. L'apertura si fa col termocauterio di Paquelin a calor rosso. I tessuti *si bruciano dolcemente e lentamente*, in caso contrario si ha emorragia o chiusura dell'apertura, la quale si deve mantenere aperta per alcuni mesi od anni.

Per curare l'incontinenza di urina dopo il parto, la quale può essere più o meno completa, il gran rimedio è il tempo. Le ripetute lavande dei genitali esterni sono buone a far riacquistare la perduta tonicità allo sfintere della vescica. Generalmente sono indicati i tonici e l'inferma dev'essere incoraggiata con la speranza — per lo più ben fondata — che un giorno riacquisterà il potere di evacuar la vescica. [2]

---

[1] *Amer. Journ of Obst.* vol. xi. p. 269.

[2] Nel catarro cronico della vescica ho trovato utilissima la tintura di bucco che amministro alla dose di 40-50 gocce al giorno, 10 per volta in un poco d'acqua: posso asserire che in nessun caso è stata senza effetto. Ma la cura principale della cistite cronica è la locale, cioè le iniezioni di acqua a 37°c. per alcuni giorni e poi le iniezioni medicate alla medesima temperatura.

Io, attenendomi alle norme date da Thompson non inietto più di 100 grammi la volta; solo, invece della soluzione di acetato di piombo (0,10 su 100 di acqua distillata aumentando gradatamente fino ad un grammo di acetato per 100 di acqua), da qualche tempo uso la resorcina, la quale mi ha dato risultati splendidissimi in casi molto gravi ed è meglio tollerata di qualunque altro rimedio. Comincio con una soluzione di 1[2 grammo su 100 di acqua distillata a 37°c. e lascio la quantità iniettata in vescica per 15 minuti. A poco a poco porto la resorcina alla dose di grammi 1 1[2 per cento. In alcuni casi ho usato anche delle iniezioni di acque minerali (Gurgitello, Abamonte) ma senza vantaggio. Tre anni or sono, credo per il primo, usai il jodoformio con glicerina ed acqua per iniezioni e per il primo caso che l'applicai chiesi il consiglio anche del Prof. Capozzi, il quale acconsentì, ma fu sempre mal tollerato e non produsse mai il più lieve miglioramento: feci anche preparare dall'egregio Prof. L. d'Emilio una soluzione balsamica al jodoformio che alla dose di una cucchiaiata univa a 100 grammi d'acqua, ma avveniva subito la precipitazione del jodoformio e si andava sempre incontro agli stessi inconvenienti. Ho avuto largo campo di adoperare il matico, l'acido tannico, il nitrato di argento, ecc. ma nessuno può gareggiare coll'acetato di piombo e colla resorcina. Quando vi è irritabilità della vescica uso la prescrizione di Thompson, cioè:

Glicerina gr. 30
Biborato sodico gr. 15
sciogli ed aggiungi
Acqua grammi 60

La quarta parte di questa soluzione la verso in 100 grammi di acqua a 37°c., e fo l'iniezione, che riesce calmante ed addolcente. Molto calmanti riescono in questi casi i semicupii tiepidi frequenti della durata di 15 a 30 minuti ognuno.

Nei casi molto ostinati mi son trovato bene facendo fare alle inferme una cura di bagni colle acque di Gurgitello (Ischia). Il bagno non lo fo durare più di 15 minuti: il primo giorno alla temperatura di 34° ed aumentando gradatamente fo giungere alla temperatura di 30° a 37°. Mi ricordo di un caso in cui, dopo di avere ridotto a minime proporzioni una cistite cronica gravissima ed antica colla cura locale, non fu più possibile farla sparire completamente e restava stazionaria; venticinque bagni di Gurgitello fatti alla sorgente, la buona aria ed un'igiene rigorosa mi fecero raggiungere lo scopo.

Quanto alla tecnica delle iniezioni, che molti, stoltamente, fanno alla cieca, e senza nessuna precauzione, rimando il lettore alla mia nota sulla cistite cronica che trovasi nella mia traduzione del Thompson a pag. 184 e seg. ediz. 1880, Napoli.

SCAMBELLURI.

Raramente osserviamo questa malattia. Il Dr. M'Clintock fa cenno di un caso ricordato da Birkett di un polipo che partiva dall'interno della vescica e sporgeva attraverso l'uretra. Trattavasi di una fanciulla di cinque anni; il polipo cresceva dal limite superiore del collo della vescica e costituiva una massa rossa, protuberante attraverso il meato, fra le labbra. Fu eseguita la escisione , ma la fanciulla, che era molto esaurita, morì. Il Dr. M'Clintock ha probabilmente ragione di credere che lo schiacciatore converrebbe meglio in tali casi. Secondo lui si son registrati soltanto undici casi di questa malattia.

APPENDICE

A.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE FRA I DOLORI RELATIVI AGLI ORGANI GENERATIVI INTERNI, INCLUSA LA DISMENORREA.

Diagnosi della natura e della causa del dolore riferibile agli organi generativi interni inclusa la dismenorrea. — I. Dolori concomitanti alla mestruazione. II. Dolori non concomitanti alla mestruazione — Osservazioni generali — Quattro punti principali: 1. Il dorso. 2. Le anguinaie. 3. La regione ipogastrica: *a)* intermittente; *b)* costante: *c)* di natura infiammativa: *d)* acuto, intenso e repentino; *e)* isterico; *f)* sensazione dolorosa di peso. 4. Dolori nelle estremità inferiori — Studio diagnostico delle varie cause dei dolori.

I Dolori suddetti possono essere divisi in due classi, cioè: 1.°) Quelli che si accompagnano alla mestruazione — dismenorrea — e 2.°) quelli che sono indipendenti dalla mestruazione. Non è possibile in tutti i casi tracciare una linea assoluta di confine fra queste due classi, ma se ne deve fare la distinzione fino a quel grado che è possibile.

I. Dolori che s'accompagnano alla mestruazione, dismenorrea vera.

Nella ritenzione parziale i dolori si provano alla regione uterina e da questo punto s'irraggiano al dorso ed ai lombi; possono essere, e in generale sono, molto gravi, di forma più o meno parossistica, somiglianti, sebbene di minor grado, alle doglie del parto e spesso aumentano d'intensità fino a che non vi si apporti rimedio. Il carattere di questo dolore è di erompere di botto, durare un certo tempo e poi finire per ritornare dopo pochi minuti o dopo un più lungo intervallo. L'inferma può non esserne completamente libera, ma la sua nota caratteristica è di aggravarsi di quando in quando, anche a dati periodi. Quando il dolore è estremo può produrre disturbi nervosi di varie specie, convulsioni isteriche, agitazione, ansie, palpitazione, tenesmo, dolori nell'urinare, ecc. Il dolore che accompagna la mestruazione e che è relativo alla dismenorrea può diffondersi alle regioni ovariche, scendere dietro una o amendue le anguinaie donde ordinariamente si propaga in giù alle cosce. Si può anche estendere ai lombi.

Quando vi è mestruazione dolorosa, il sangue è scarso, cessa per un certo tempo, poi riappare, anche a zampilli e poi di nuovo cessa: quando si osserva questo stato di cose in varii periodi mestruali consecutivi si ha il diritto di sospettare che vi è qualche difficoltà all'uscita del sangue e allora sarà necessario fare un esame vaginale e in certi casi adoperare anche la sonda. Quando i coaguli rappresentano la impronta della cavità uterina o di una porzione di essa e vengono emessi in queste circostanze si ha un altro argomento in favore dell'ostruzione meccanica.

Importa di non confondere l'aborto con la dismenorrea e viceversa. Nel caso di aborto, vi è stata soppressione dei catameni per uno o più periodi, ma nella dismenorrea per lo più vi sono stati attacchi della stessa natura e in generale non si è avuta mancanza della mestruazione. Quando vi è stata ritenzione parziale del liquido catameniale spesso escono coaguli accompagnati a contrazione dell'utero e a dolori del tutto identici a quelli del parto; e in tali casi un esame molto attento delle sostanze emesse può essere necessario per farci distinguere

la loro natura. In un caso capitato sotto la mia osservazione, si scoprì che i dolori espulsivi, come quelli suddescritti, dipendevano dalla presenza di un coagulo sanguigno nella vagina, la cui uscita era resa difficile perchè l'orificio dell'imene era alquanto più piccolo del solito.

II. Diagnosi dei varii dolori riferibili agli organi generativi e non concomitanti alla mestruazione.

È noto che una sensazione dolorosa in un determinato sito non sempre qualifica una lesione o cangiamento valutabile dello stesso, ma sovente è un fenomeno riflesso ed altre volte è prodotta dalla pressione sul tronco del nervo che si distribuisce alla parte dolente.

Molto spesso incontra che i dolori di tutte le tre specie vi sieno simultaneamente. Così un fibroma della parete dell'utero può provocare dolore delle tre suddette varietà, cioè sulla regione uterina, al dorso (riflesso) e alle estremità inferiori. Quest'ultimo è dovuto alla pressione che dentro la pelvi fa sul plesso sacrale l'utero ingrandito. Anche un tumore ovarico può dare origine a dolore pelvico, a dolore nelle natiche o al dorso ed alle cosce o alle gambe o ai piedi.

Nel valutare le cause di questi dolori riflessi non bisogna dimenticare le affezioni della vescica.

Vi è una classe di dolori riferibili agli organi generativi, osservata frequentemente, che con proprietà si possono chiamare dolori gravativi. I nervi, che sono più soggetti a patire « pressione » nella pelvi sono quelli che escono dai forami anteriori del sacro, che fan parte del plesso sacrale e che mandano rami ai visceri pelvici. I nervi per breve tratto giacciono vicino al sacro essendone divisi soltanto dalle fibre del muscolo piriforme e lungo questo breve tratto possono venire compressi da un tumore pelvico che gravita sulla superficie dura di quest'osso. Molti dei nervi dati dal plesso sacrale sono nervi di senso e perciò l'effetto della pressione su questi nervi dentro la pelvi è la manifestazione di dolore su quel tratto cutaneo che è innervato da questo speciale nervo compresso. Ecco quali sono i siti che possono subire la suddetta alterazione; il punto di congiunzione delle natiche, le labbra delle pudenda, la clitoride, le ninfe, il perineo, la parte posteriore del coccige, la parte superiore interna delle cosce, la parte dorsale delle cosce inferiormente al grande gluteo, la gamba e il piede. La porzione superiore delle labbra e le porzioni cutanee delle altre parti delle estremità inferiori che non sono incluse in questa lista, son fornite dalle branche dei nervi lombari, i quali non possono essere compressi da tumori della cavità pelvica, vale a dire che non escono dai confini di questa cavità.

Non è nella natura delle cose l'osservare una grande regolarità nei rapporti fra il sito della lesione ed il sito del dolore da essa prodotto, giacchè nei casi speciali molte circostanze probabilmente modificano il risultato.

Vi sono quattro principali punti in cui il dolore, riferibile agli organi generativi interni, si manifesta nelle donne che soffrono per disordini di questi organi.

Essi sono: — 1°) Il dorso. 2°) La regione inguinale ed ovarica. 3°) La regione ipogastrica media. 4°) Le estremità inferiori.

Il dolore alla regione lombare è un notissimo segno di malattia uterina, ma non è altrettanto ben noto che il dolore in una o in ambedue le regioni inguinali spesso sia segno di malattia del medesimo organo. Che ciò sia vero è indubitato ed a me preme molto richiamarvi l'attenzione. Una volta riferivasi alle ovaie un dolore alla regione inguinale, forse perchè le ovaie vi stanno vicine. Io fui indotto a far dipendere questo dolore dall'utero semplicemente perchè moltissime volte, nelle donne che se ne lamentavano, quasi sempre vi era antiflessione dell'utero. Recentemente mi son deciso a ritenere questo dolore come segno quasi certo di questa affezione e la mia opinione si è molto considerevolmente modificata quanto alla parte che hanno le ovaie nel produrre dolori riferibili alla regione in cui esse stanno.

1. Dolore lombare.

È uno dei più comuni sintomi nelle donne afflitte da alterazioni uterine o affini. Questo dolore per lo più passiona le regioni lombare e sacrale e le parti adiacenti; non è di solito un dolore acuto, ma una sensazione dolorosa vaga molto noiosa e spesso molestissima per l'inferma. Il grado di questo dolore non è affatto proporzionato alla gravezza della malattia.

Una delle cause più comuni del dolore lombare è la flessione uterina. La retroflessione vi è specialmente associata, ma l'antiflessione ne è una causa frequentissima. In casi eccezionalissimi, queste flessioni possono non essere accompagnate da dolore lombare. Questo generalmente si associa all'azione espulsiva dell'utero da qualsiasi causa. La dilatazione della bocca dell'utero per lo più dà luogo a dolore in questo punto. Il dolore lombare non caratterizza assolutamente una malattia degli organi generativi, ma se l'inferma, per un considerevole periodo di tempo, presenta questo dolore, il medico deve indagare se vi sia una malattia degli organi generativi interni, fino a quell'epoca forse negletta ed ignorata e adottare le misure relative. Il rapporto fra il dolore suddetto e la presenza di una affezione uterina o di altro disordine interno è spesso qualificato dal fatto che, prima, durante o immediatamente dopo il periodo mestruale, è molestissimo; talvolta infatti non vi è che in tali periodi. Il dolore che più probabilmente si può confondere con questa varietà di cui ci occupiamo è l'ordinaria lombaggine. Gli accessi di lombaggine sono però più acuti e si manifestano indipendentemente dai periodi mestruali. Cause non rare di persistente molestia o dolore alla regione lombare sono le malattie delle vertebre, gli aneurismi, le nefropatie, ecc.

2. Dolore all' inguine.

La causa più frequente è l'*antiflessione dell'utero* e che ciò sia vero io son convinto per numerosissime osservazioni. Non lo produce sempre, ma si può dire nove volte su dieci. Il dolore è opprimente, più o meno costante, cresce coi movimenti, talvolta si manifesta solo in questi, per lo più, ma non sempre, circoscritto ad un lato. Veggansi i capitoli sulle «Flessioni» per altre informazioni su questo argomento.

In pochi casi vi è un dolore fisso, costante, nella parte anteriore dell'addome, alquanto più in alto della regione inguinale e vicino al livello dell'ombelico. Io ho osservato questo dolore ed il suo nesso con la *retroflessione* dell' utero. Alcuni notevolissimi esempi mi sono capitati nella pratica privata in cui il dolore cessò subito dopo allontanata la causa. In generale la *retroflessione* dà origine a dolore piuttosto nella regione dorsale che alla parte anteriore dell'addome, ma si danno casi eccezionali nei quali il dolore è in quest'ultima parte. Una volta si sarebbero chiamati casi d' « isterismo ».

Il *dolore ovarico* dipendente dalle ovaie, con sede profonda talvolta nella regione inguinale od iliaca, si osserva in alcuni casi, ma il loro numero è scarso relativamente a quello dei casi in cui il dolore è dovuto ad alterazioni dell'utero, come sopra abbiamo detto. Può dipendere da ovulazione interrotta o « mancata » (come dice il Dr. Farre) e si può paragonare al dolore causato dalla distensione dei testicoli, ovvero può dipendere da flogosi cronica manifestata negli stessi follicoli. In pochi casi il dolore è una specie di nevralgia della parte, senza infiammazione. Può essere prodotto da *irritazione sessuale*. Una irritazione sessuale esagerata nell'uomo si accompagna a dolore dei testicoli a cui può paragonarsi quello che si manifesta nella donna.

Un'altra causa di dolore ovarico, a cui hanno rivolta l' attenzione Bernutz e de Meric, è l'infezione gonorroica. Sembra che nell' ovaja o nel peritoneo vicino all'ovaia, in alcuni casi di gonorrea, si svolga un'infiammazione analoga all'orchite che si osserva nell'uomo.

Il Dr. Rigby ha descritto una varietà di questa forma di dolore che insieme ad altri segni, secondo lui, è qualificativa di uno spostamento, — di una specie

di prolasso dell'ovaia. Questo dolore è di natura speciale, si avverte alla regione sacrale da cui si diffonde all' uno o all' altro inguine ed erompe a parossismi tanto gravi da renderli completamente intollerabili all'inferma che diviene frenetica [1]. Si aggrava molto per il passaggio delle feci ; la parte della vagina che corrisponde all'ovaia è sensibile al tatto « le sofferenze somigliano molto a quelle acute e speciali dell'orchite ». Quest'autore dice inoltre che « i periodi mestruali sono accompagnati da sofferenze molto maggiori del solito ». Io non ho visto di questi casi se non insieme a grave retroflessione dell'utero.

3. Dolori nella regione ipogastrica.

I dolori prodotti da malattie uterine spesso hanno sede nella parte media della regione ipogastrica. Quanto alla diagnosi abbiamo da parlare — *a*) dei dolori intermittenti ; *b*) dei dolori più o meno costanti : *c*) del dolore di natura infiammativa; *d*) dei sintomi che ricordano quelli di perforazione; *e*) del dolore isterico; *f*) della sensazione dolorosa di peso.

a) *Dolori intermittenti.*

Diagnosticamente i più caratteristici ed importanti sono quei dolori che vengono giustamente *paragonati alle doglie del parto*. Questi dolori sono di natura speciale, si manifestano a parossismi, durano un certo tempo e lasciano l' inferma perfettamente libera durante gl' intervalli e dipendono dalle contrazioni dell'utero, generalmente provocate dalla presenza di qualche corpo, sostanza o liquido nella sua cavità. In certe circostanze sembra che dolori molto somiglianti a questi possano essere prodotti dalle contrazioni della parete vaginale, come nei casi in cui vi sono corpi stranieri o coaguli sanguigni in questo canale. Nella maggior parte di questi casi la contrazione uterina si accompagna a contrazione vaginale in modo che questa ultima non si rivela.

La doglia tipica è quella che si sviluppa durante il parto a termine, cioè nel momento in cui le contrazioni uterine sono gravissime e fortissime.

Nelle donne che *non hanno avuto mai mestruazione* la presenza di un dolore ipogastrico di questo genere ci deve far sospettare la chiusura dell' imene, della vagina o della bocca dell'utero e che il liquido mestruale, quantunque segregato, non può essere espulso. Siccome passano mesi sopra mesi senza apportare rimedio si aggravano di più ed in ultimo divengono intensissimi. Allora sopra il pube si sente, nella maggior parte dei casi, l'utero ingrandito.

Nelle donne *che hanno avuto la mestruazione* il dolore ipogastrico, che si presenta ad intervalli è acuto e lascia l' inferma perfettamente libera tra un accesso e l'altro, può dipendere da aborto. Se l' inferma per uno o più periodi non ha avuto mestruazione, come al solito, e se i dolori suddescritti furono accompagnati da un'emissione di sangue dalla vagina, il sospetto di aborto si confermerebbe tanto che non solo sarebbe necessario un esame della vagina, ma anche una scrupolosa inspezione delle sostanze emesse.

Quando si tratta di aborto in quarta, quinta o sesta settimana, sarebbe difficilissimo per il medico dichiararlo in modo assoluto, ove non abbia la fortuna di trovare l'ovulo.

Ritenzione mestruale dopo un periodo di mestruazioni più o meno regolari. — In questi casi alquanto rari, generalmente dipendenti da chiusura della bocca dell'utero, possono esservi i dolori somiglianti alle doglie del parto.

Anche nei casi di *ematocele periuterino* possono osservarsi i suddetti dolori, o che precedono l'emorragia o prodotti dalla pressione per versamento di sangue nella pelvi.

Coaguli, polipi fibrosi, ritenzioni di parti di placenta o di membrane fetali, uova degenerate (p. es. degenerazione idatidea) *nell'utero.* — La tolleranza dell' utero per i corpi stranieri è soggetta a variazioni molto bizzarre. Talvolta nell'utero si trovano grandi polipi che hanno dato origine relativamente a poco do-

[1] *On Diseases of Women*, p. 273.

lore; mentre in altri casi l'inferma può essere stata tormentata quasi ogni giorno da gravi dolori somiglianti a colica nella regione ipogastrica, prodotti da un tumore della stessa natura, relativamente piccolo.

Tumori che partono dalla sostanza dell'utero.—Fra questi il fibroma è una causa frequente di dolore come quello di cui ora ci occupiamo. Essi sono fortissimi quando il tumore è situato in modo da opporsi all'uscita dei liquidi dalla cavità uterina. Nel cancro dell'utero si trovano spesso i dolori simili alle doglie, specialmente in un periodo avanzato della malattia.

Raccolta di liquido puriforme o di altra natura nella cavità uterina.—Nelle donne sofferenti per *flessioni* croniche, quando il canale cervicale non è abbastanza largo da permettere il passaggio libero del liquido segregato, l'utero talvolta si distende per accumulazione di liquido sieroso o puriforme e sopraggiungono dolori somiglianti a quelli del parto. Questa ritenzione nell'utero con concomitante flessione non è affatto rara. Gli scoli possono in tal caso avere un *cattivo odore* e questa ritenzione può avvenire quando l'utero è *spostato* a causa di tumori ovarici ecc., ed allora vi sono anche i suddetti dolori.

Irritazione intestinale, p. es. *dissenteria.* — I dolori dovuti a questa causa, simulanti i dolori del parto suddescritti, possono dar luogo, almeno in principio, ad oscurità nella diagnosi. I dolori prodotti da avvelenamento saturnino e conosciuti col nome di *colica* è difficile che vengano confusi con quelli di origine uterina.

Nevralgia dell'utero. — In una signora da me assistita per alcuni anni e che soffriva qualche volta grave nevralgia, questa era spesso accompagnata da dolori che ella stessa chiamava « doglie di parto »; essi erano molto fugaci e cessavano quando la nevralgia si fissava altrove. Varii autori chiamano reumatismo dell'utero questi dolori, quando sono molto ostinati. Forse in alcuni di questi casi, in realtà, trattasi di fibromi.

Ritenzione di urina. — Il seguente caso, le cui particolarità mi furono gentilmente fornite dal Dr. Leonardo W. Sedgwick, dimostra che la ritenzione di urina può produrre i dolori in parola; egli fu chiamato presso una giovane che si supponeva partoriente; nell'addome sentì un tumore del volume dell'utero a nove mesi; l'inferma sembrava in pieno travaglio; vi erano violenti dolori che abbattevano l'inferma, non interrotti che da brevi intervalli. L'inferma negava la gravidanza, il tumore era elastico e non si poteva sentire nessun membro o corpo fetale. Il Dr. Sedgwick applicò il catetere e trasse dalla vescica una enorme quantità di urina. In questo caso i grandi sforzi dell'ammalata per evacuare la vescica dettero origine a dolori perfettamente identici a quelli del parto.

b) Dolori più o meno costanti.

Possono presentarsi in tutti i gradi e le loro cause sono tanto numerose da riuscire quasi impossibile il classificarli.

Nel *cancro dell'utero*, quasi sempre nei suoi periodi più avanzati, vi è grave dolore ipogastrico, per lo più remittente; mentre in un periodo precedente il dolore non è così grave e in generale ha sede al dorso. Il dolore « lancinante » che alcuni autori hanno ritenuto come uno dei primi segni del cancro è ben descritto dal Dr. Rigby come « un dolore repentino acuto lancinante e bruciante di grave carattere nevralgico, che parte sempre da un sol punto e talvolta traversa tutta la pelvi ». Quando però vi sono contemporaneamente emorragia, scoli fetidi e dolore, come il suddetto, è necessaria un'attenta osservazione locale dell'utero, giacchè si ha il diritto di sospettare che si tratti di un cancro. L'emorragia ed il dolore talvolta mancano totalmente.

Nel *fibroma uterino* vi può essere grave dolore ipogastrico.

Le *flessioni dell'utero* spesso producono dolore alla regione ipogastrica.

Nevralgia uterina. — È rarissimo che l'utero sia sede di dolori se non è flesso o attaccato da qualche malattia organica. I casi che una volta si chiamavano di « utero irritabile » si possono interpretare in altro modo (veggasi Capitolo XVII pag. 149).

Malattie della vescica. — Quando la vescica è infiammata — *cistite* — si ha dolore più o meno persistente e gravativo ed i sintomi variano secondo la intensità dell'infiammazione. In questi casi l'emissione dell'urina è sempre disturbata, essendovi generalmente una grande irritabilità della vescica e perciò emissione frequente e dolorosa. La cistite può essere idiopatica, può dipendere da altre malattie — p. es. da calcolosi renale — e può essere secondaria a malattie dell'utero o ad *affezione maligna* dell'utero o delle stesse pareti della vescica. In alcuni casi le sofferenze provate dall'inferma e dipendenti dalla cistite sono gravissime. Generalmente i disturbi nell'emissione dell'urina che si accompagnano alla cistite rendono la sua diagnosi molto facile, ma la presenza loro non indica assolutamente che la vescica è in realtà infiammata. Bisogna determinare attentamente qual'è lo stato dell'urina, poichè nella cistite ordinariamente contiene una gran quantità di *muco tenace*.

c) Dolore di natura infiammativa.

Con questo nome si abbracciano tutti i casi in cui vi sono i segni ordinarii della infiammazione, cioè dolore più o meno acuto, calore e pulsazione, sensibilità al tatto, stato febbricitante, polso celere ecc. Questi sintomi sovente sono preceduti da brivido, essi indicano un'infiammazione dell'utero, della sua covertura peritoneale e di alcuni dei visceri adiacenti o delle membrane che li covrono e molto spesso sono la conseguenza di un parto, di un aborto, di repentini disturbi della funzione mestruale, di operazioni sugli organi genitali. Una frequente conseguenza di tali casi è la formazione di *ascessi pelvici*. L'emorragia nella cavità peritoneale, prodotta da una qualsiasi causa, può dare origine a grave dolore e peritonite. Una importante classe di casi è quella nei quali l'azione infiammatoria si svolge nell'interno o alla superficie delle cisti ovariche. In una donna con idropisia ovarica gli accessi di dolore di questo genere farebbero tosto nascere il sospetto che ci sia infiammazione della cisti. L'infiammazione acuta della vescica può dare origine a dolori ipogastrici del genere sopra descritto.

Un errore facile a commettersi è quello di prendere per infiammazione un dolore riflesso come quello che si prova nei casi di carattere così detto isterico. Il polso è il miglior criterio. Nei casi i quali per altri caratteri simulano una reale peritonite o infiammazione dell'utero o degli organi adiacenti manca la frequenza del polso che si trova invece in quest'ultima affezione.

Un'importante classe di dolori è quella in cui erompe un

d) Dolore di carattere acuto e repentino nella regione ipogastrica.

accompagnato da una grave prostrazione, depressione e commozione (*shock*) generale dell'organismo. Gli svenimenti, continuati per molto tempo e che si ripetono spesso, una grande pallidezza, un sudore freddo vischioso, debolezza o quasi totale mancanza del polso radiale, una sensazione di nausea o un vomito violento ed infrenabile, questi sono i sintomi che più facilmente si trovano in questa classe di casi. A questi si aggiunga una considerevole gonfiezza dell'addome.

I sintomi di cui teniamo parola sono tali da eccitare il sospetto di perforazione o rottura di qualche viscere pelvico addominale con conseguente stravaso del sangue o del contenuto del viscere rotto nella cavità peritoneale, o rottura di un ascesso o effusione di pus nel peritoneo dalla fenditura di una cisti ovarica ecc.

Ora enumereremo le condizioni che possono dare origine ai sintomi allarmanti sopra descritti.

Il dolore può essere causato da una malattia dei visceri pelvici o addominali e non ci sono segni dai quali si possa assolutamente stabilire subito se la sede dell'accidente sia nell'addome o nella pelvi propriamente detta. Le circostanze concomitanti in generale ci fanno sciogliere la questione, ovvero si chiarisce questo punto diagnostico dal corso del caso.

Nella *perforazione intestinale*, per febbre tifoide, per ulcerazione tubercolosa, o connessa a malattia organica dei visceri addominali ecc., l'anamnesi generalmente guiderà all'esatta interpretazione dei sintomi ed il dolore comunemente si riferisce più all'ombelico o ad un punto superiore a questo che alla regione ipogastrica.

Certe condizioni dei visceri pelvici, specialmente, possono dar origine ai sintomi suddetti. Ecco i più importanti: —

Emorragia pelvica dalle ovaie, dalle trombe falloppiane ecc. compresi i casi di ematocele periuterino. — L'emorragia per lo più avviene durante o immediatamente dopo il periodo mestruale. Può avvenire in donne che precedentemente stavano bene, ma più spesso si osserva nelle anemiche ed in quelle che hanno mestruazioni irregolari (veggasi Capitolo XL. pag. 513). L'emorragia può seguire dopo lunghe passeggiate, sforzi, dopo il coito e repentini sforzi muscolari, ed anche senza che vi sia un'evidente causa occasionale. I sintomi osservati in tali casi variano per grado d'intensità; vi son ragioni per credere che in una forma leggiera l'accidente è piuttosto comune ed essendo i sintomi meno gravi sfugge la loro vera natura all'occhio del medico. Quando si manifestano sintomi delle suddette specie in un grado avanzato ed in una donna che è stata soggetta ad un repentino versamento di sangue, la diagnosi si fa scovrendo un tumore semisolido sul pube o per la pressione sulle pareti vaginali fatta dal sangue effuso.

Emorragia nella gravidanza estrauterina. — Vi è una importante classe di casi, nei quali ha luogo un versamento di sangue che sta in rapporto con la gravidanza e specialmente con quella estrauterina. L'emorragia dipendente dalla gravidanza estrauterina può dar luogo alla formazione di un tumore nella pelvi della stessa natura di quello che si osserva nelle emorragie pelviche di altre specie. Quando l'ovulo sta in una delle trombe falloppiane, frequentemente vi sono sintomi come i sopradescritti ed in un grado molto avanzato; l'erompere repentino di un dolore violento ed una sincope di grado estremo sono i più caratteristici. In questo caso l'inferma ordinariamente si conosce o si sospetta incinta.

Ha potuto mancare qualsiasi segno che richiamasse in particolar modo l'attenzione, ma l'inferma per lo più ha avuto dolori insoliti o incomodi maggiori di quelli che prova nella gravidanza ordinaria. In questi casi di gravidanza estrauterina frequentemente vi sono leggiere perdite accidentali di sangue che in queste circostanze spesso fan credere ad un ritorno della mestruazione. La rottura avviene al terzo o quarto mese e nella maggior parte dei casi prima, quando l'ovulo è nella tromba falloppiana; è raro che avvenga molto più tardi di quest'epoca. D'altra parte se l'ovulo sta immediatamente fuori la tromba o nella stessa cavità addominale il momento della rottura può essere ritardato di molto e può non esservi rottura, la gravidanza giunge a termine dando luogo a quei risultati di cui qui sarebbe fuori proposito il parlare. La rottura della cisti contenente il feto generalmente avviene quando il feto si è sviluppato nella tromba falloppiana; ma in casi di gravidanza estrauterina « addominale » la rottura è al contrario rara. L'emorragia che avviene nei casi di gravidanza estrauterina, ordinariamente è tanto copiosa da uccidere l'inferma e la morte spesso avviene molto presto. In alcuni casi l'inferma vive più a lungo e muore per le conseguenze di una sequela di emorragie.

Rottura dell'utero gravido. — Vi sono pochi casi registrati nei quali è avvenuto questo accidente e senza una causa molto manifesta. Nel terzo, quarto, quinto mese è stata osservata questa rottura ed i sintomi a cui si accompagna non differiscono essenzialmente da quelli che si hanno nella rottura della gravidanza estrauterina, ma l'anamnesi potrebbe essere alquanto diversa.

La *rottura di cisti ovariche*, con versamento del loro contenuto nella cavità peritoneale, per lo più non dà origine a notevole disturbo; in alcuni casi però, quando insieme alla rottura vi è emorragia, possono sorgere gravi sintomi più o meno identici a quelli descritti ed anche senza che avvenga emorragia il versamento del contenuto di queste cisti può produrre gravi sintomi e la morte. Così in un caso ricordato dal Dr. Gillespie, si ruppe una cisti ovarica dermoidea, contenente peli e pus; questo si versò nel peritoneo e l'inferma morì subito. In quest'inferma durante i pochi giorni che precedettero l'accidente, i

sintomi furono: diarrea, vomito qualche volta, dolore addominale. Questi sintomi, massime il vomito, si aggravarono repentinamente e la morte avvenne dopo poche ore nel collasso. I sintomi somigliavano molto a quelli di un avvelenamento acuto [1].

e) Dolore cosiddetto isterico.

È ben noto che l'addome molto spesso è sede di dolore nei casi di cosiddetta « isteria ». Si distingueranno gli altri dolori che hanno sede nella regione ipogastrica dai dolori isterici indagando attentamente l'anamnesi, quando è accertato che vi furono precedentemente sintomi isterici, e dalla mancanza di segni di infiammazione o di disturbi d'altro genere. Il carattere del dolore per sè stesso non dà indicazioni positive, giacchè il dolore isterico può somigliare per grado di intensità quasi a tutte le altre specie di dolori. Nella maggior parte di questi casi l'inferma ha flessione cronica dell'utero.

f) Sensazione dolorosa di peso nell'addome.

Le donne che hanno malattie croniche uterine si lamentano spesso di questa sensazione di peso. Per lo più si manifesta nelle donne che son dimagrite ed in un cattivo stato di salute e che hanno l'utero ammalato. Le malattie uterine che implicano cangiamento di forma o di posizione di quest'organo son quelle che più specialmente li producono, e più di tutte l'antiflessione. In alcuni casi di questi dolori vi è prolasso parziale o completo dell' utero o del suo collo. Questo dolore si presenta anche quando vi sono tumori dell'utero, gravidanza, polipi o fibromi, cancro ecc. Può dipendere anche da prolasso della vescica. La presenza di dolori di questo genere, di solito impone l'obbligo di esplorare l'utero dalla vagina.

Dolore nelle estremità inferiori.

Si è già spiegato come e perchè i tumori o gl' ingrossamenti di varie specie degli organi della pelvi possano provocare dolore in certe parti delle estremità inferiori. Essi hanno un'origine meccanica e perciò non vi è nessun segno da cui noi possiamo distinguere, per il solo dolore, la natura del corpo che esercita la pressione provocando il dolore. I dolori gravativi sono però molto importanti perchè chiamano l'attenzione sulla presenza di tumori pelvici che per altro verso passerebbero inosservati. Io parecchie volte, nei *primi periodi della gravidanza*, ho notato dolori di questo genere e perciò corsi col pensiero alla possibile presenza di un tumore pelvico. Questa specie di dolore è molto frequente nei casi di retroflessione dell' utero.

Il dolore che si sente spesso nella parte superiore ed interna delle cosce e nella regione perineale, nei casi di *tumore ovarico*, è un esempio dello stesso genere. Granchi dolorosi si provano talvolta ai polpacci delle gambe, quando ci sono tumori pelvici e spesso nel parto, nel qual caso sembra che dipendano dalla pressione delle parti dure del feto sui nervi sacrali. I dolori nelle parti anteriori e nelle altre parti delle cosce, fornite di nervi da un punto diverso di diramazione, non indicano che vi sia un tumore pelvico; ma vi ha un'eccezione qualche volta, negli *ascessi pelvici*, in cui la raccolta purulenta si eleva oltre il perimetro della pelvi e comprime alcuni rami del plesso lombare nel punto di passaggio dai muscoli psoas ed iliaco alla coscia. Il dolore alla parte esterna della coscia, non di rado, è un rilevante sintomo nei casi di ascesso pelvico. Un altro sintomo che in queste circostanze sovente si nota è la contrazione dolorosa della coscia con impossibilità ad estendere l'arto.

Nella maggior parte dei casi i dolori sentiti alle estremità inferiori appartengono alla classe dei dolori gravativi.

---

[1] *Edin. Med. Jour.* May 1862.

Finalmente bisogna ricordare che molte condizioni possono produrre dolori alle estremità inferiori, del tutto indipendenti dalle malattie o disturbi degli organi generativi. Il caso seguente dimostra come un'irritazione o maltrattamento nell'interno della pelvi può produrre dolori in un altro punto. Una Signora era stata operata per restringimento del collo dell'utero più di un anno prima che io la visitassi. Essa allora soffriva gravi dolori inguinali e dolore nel camminare. Tutta la parte inferiore ed interna della coscia sinistra, la parte esterna, la regione glutea, la cresta iliaca ed il lato sinistro del sacro erano sensibilissimi. Si temeva un ascesso pelvico. Dopo tre mesi di riposo vi era ancora questa sensibilità circoscritta agli stessi punti ma nessun segno di raccolta purulenta. Era un caso di dolore riflesso, la cui causa primaria probabilmente fu il maltrattamento di un nervo durante l'operazione.

B.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE FRA I TUMORI PELVICI E L'INGRANDIMENTO DELL'UTERO, COMPRESA LA GRAVIDANZA, PER MEZZO DELLA ESPLORAZIONE DIGITALE DALLA VAGINA.

Enumerazione dei tumori che si trovano nelle pareti vaginali e sommario diagnostico — Distensione della vescica — Calcolosi della vescica — Distensione del retto da feci — Cancro del retto — Retroversione e retroflessione dell'utero gravido — Antiversione ed antiflessione dell'utero — Fibromi che si sviluppano dalla parte posteriore del collo dell'utero o dall'utero — Ingrossamento generale dell'utero per una causa qualsiasi — Gravidanza — Ingrandimento delle trombe Falloppiane in seguito a distensioni per liquido sieroso o purulento, per sangue o gravidanza nella tromba — Gravidanza addominale — Tumori sanguigni della pelvi (Ematocele peri-uterino) — Tumori ovarici; Diagnosi differenziale fra i più piccoli ed i più grossi tumori ovarici e gli altri tumori pelvici — Cisti del legamento largo (Cisti Wolffiana) — Cisti idatiche — Cellulite pelvica ed ascesso — Tumori ossei ed altri tumori solidi delle pareti pelviche.

Quì ci occuperemo della diagnosi dei tumori che hanno sede nella pelvi intorno al canale vaginale e che si possono riconoscere col dito.

Nel Capitolo III a pag. 26, si troveranno le norme particolari da seguirsi circa la posizione da dare all'inferma per esaminarla. È necessario di fare attenzione a queste particolarità.

Quello che più importa di osservare attentamente si è la resistenza al tatto, la fluttuazione, la mobilità o la fissità del tumore, il suo volume, la sua forma, i suoi rapporti con l'utero, la presenza di segni infiammatorii; importa di osservare se le parti toccate dal dito sieno sensibili, cedevoli o tumefatte. Quando per mezzo di un attento esame ci saremo fatta un'idea precisa dei caratteri fisici del tumore, la diagnosi non riuscirà difficile, salvo in eccezionalissimi casi. Qualche volta sarà necessario, per completare la diagnosi, di esaminare anche l'addome.

Un tumore delle pareti della vagina, riconoscibile all'esame digitale, può essere cagionato da —

Distensione della vescica.
Calcolo nella vescica.
Distensione del retto da feci.
Cancro del retto o della parte posteriore dell'utero.
Retroversione e retroflessione dell'utero gravido o non gravido.
Antiversione ed antiflessione dell'utero gravido o non gravido.
Fibromi che crescono nella parte posteriore del collo uterino o che partono da questa o dall'utero stesso.
Ingrandimento generale dell'utero per una qualsiasi causa compresa la gravidanza.

Ingrandimento delle trombe di Falloppio per distensione causata da liquido sieroso o purulento, dal sangue o da gravidanza estrauterina.

Tumori pelvici sanguigni (ematocele peri-uterino).

Tumori ovarici, compreso l'ingrossamento o la congestione dell'ovaia.

Cisti del legamento largo (cisti Wolffiana).

Cisti idatiche.

Cellulite pelvica ed ascesso.

Tumori ossei od altri tumori solidi che partono dalle pareti pelviche.

I tumori che si possono *sentire ugualmente in ogni parte* — vale a dire che non si sentono esclusivamente in un posto od in un altro — sono i seguenti. Ingrossamento dell'utero; ematocele peri-uterino; cellulite pelvica; tumori ovarici; gravidanza; fibromi. La distensione ascitica del peritoneo forse dovrebb'essere compresa in questa lista, quantunque in tali casi non vi sia tumore nel vero senso della parola.

I tumori che si sentono esclusivamente *dietro* la bocca dell'utero sono: la distensione del retto da materie fecali, il cancro del retto, la retroversione o retroflessione dell'utero gravido o non gravido.

I tumori che ordinariamente si sentono *dietro* la bocca dell' utero, ma non esclusivamente, sono i tumori ovarici nel primo periodo del loro sviluppo, la distensione della tromba falloppiana da liquido di qualsiasi specie, la gravidanza falloppiana, le cisti wolffiana ed idatica.

I tumori che si sentono esclusivamente *innanzi* la bocca dell'utero sono i calcoli della vescica, la distensione di questa da urina, l'antiversione e l'antiflessione dell' utero.

Se nella precedente enumerazione alla parola « dietro » si sostituisce la parola « lateralmente » essa sarà sempre esatta, giacchè quei tumori pelvici che sono laterali in generale sono anche posteriori all' utero e viceversa.

Queste poche proposizioni possono servire a indicare i più rilevanti caratteri dei tumori inclusi nella precedente lista. Ora ci occuperemo con particolarità di queste varie condizioni e indicheremo le loro note diagnostiche.

La *distensione della vescica* si osserva più specialmente quando vi è prolasso dell'utero. In tali casi essa può parzialmente sporgere fino od oltre lo sbocco vaginale. La mollezza, la fluttuazione, la sua posizione e la sparizione del tumore, quando si adopera il catetere, sono caratteristiche.

Una pietra nella vescica si sente con facilità attraverso la parete inferiore di quest'organo introducendo il dito nella vagina; ed il volume e la forma del calcolo o dei calcoli si possono anche determinare con questo metodo di osservazione: si confermerà la diagnosi mediante un esame interno della vescica per mezzo del catetere o della sonda.

Distensione del retto da feci. — In questo caso si sente un tumore dietro e attraverso la vagina nel posto ove si sa che dev'essere il retto. La distensione talvolta è tanto considerevole che il tumore, la cui presenza ci è rivelata da questo metodo di esame, è grandissimo. Esso è duro ed irregolare e la sua forma è quella del retto. Questo tumore difficilmente può essere confuso con qualsiasi altro.

Cancro del retto. — Si può sentire dietro la vagina in questi casi un tumore duro, irregolare, nodoso, che appartiene evidentemente al retto e che può essere sede o no di dolore e sensibilità alla pressione. La massa cancerosa può produrre e produce ordinariamente restringimento ed accumulazione di feci nella parte sovrastante ad essa dell'intestino; ma molto spesso vi è una diarrea continua. Può essere necessario di sbarazzare il retto con un clistere per determinare la posizione ed i rapporti del tumore canceroso; si può trovare che questa malattia maligna si sia diffusa alla vagina, nella sua parte superiore ovvero può esservi una propagazione da dietro l' utero. L'ingrossamento delle pareti vaginali, la loro adesione colle parti sottostanti e la loro continuità con gl' inspessimenti morbosi e dolorosi che circondano il retto ne indicano la natura. In alcuni rari casi si è visto che la varietà encefaloide del cancro parte dal setto retto-vaginale, protubera nella vagina e si presenta come tumore fra le ninfe. L'esame dei punti di attacco del tumore chiarisce qual' è la sua origine, che è diversa di quella dei tumori che partono dal collo dell'utero o sono connessi a questo.

La retroflessione o retroversione dell'utero non gravido si distingue facilmente dal perchè il tumore forma parte dell' utero e coll' uso della sonda. È facilissimo confonderlo col fibroma che parte da dietro l'utero.

Retroflessione dell'utero gravido. — Il tumore può essere considerevole, la bocca sta in alto ed è difficile raggiungerla, è noto che l'inferma è incinta ed il tumore è più cedevole del fibroma che sta in questa posizione (veggasi pag. 301).

Quando il tumore è costituito dall'utero gravido, i sintomi ordinariamente si presentano con grande intensità e rapidità. L'uso delle sonde naturalmente farebbe dileguare i dubbii, ma se non è certo che il caso non è di gravidanza non bisogna usare la sonda. Un tumore ovarico non produce un tal grado di spostamento in alto della bocca dell'utero come si vede nell'altro caso. Si deve distinguere dalla gravidanza extrauterina nella quale vi può essere anche un tumore dietro la parte inferiore della vagina, per la continuità del tumore coll'utero, e per la forma non simmetrica di esso nella gravidanza estrauterina. Il tumore costituito da retroflessione dell'utero gravido si distingue dalla distensione della tromba falloppiana per accumulazione di liquido sanguigno o no e dalla gravidanza falloppiana per la sua posizione centrale, per la maggiore resistenza, per la continuità del tumore col collo ecc.

Un altro stato di cose con cui si può confondere la retroflessione dell'utero gravido è la retroflessione dell' utero non gravido accompagnata da ipertrofia del fondo di quest'organo e di tutta la sua massa in generale, con o senza sviluppo di fibromi nella parete posteriore dell' utero. La retroflessione dell' utero con uno o più fibromi della sua parete posteriore ebbe luogo repentinamente in un'inferma che io visitai, con enorme distensione della vescica. In questo caso il risultato fu molto somigliante a quello che si sarebbe avuto se l'utero si fosse ingrandito per gravidanza e fosse andato soggetto a repentina retroversione. La maggiore elasticità, levigatezza e regolarità di un tumore costituito dall'utero gravido sarebbero le note caratteristiche del primo, come la durezza, la resistenza e solidità qualificherebbero l'altro.

È di gran valore l' esplorazione dal retto per fare la diagnosi di un caso di retroflessione.

Antiversione ed antiflessione dell' utero — Se si sente un tumore attraverso le pareti vaginali innanzi al collo dell' utero, tumore duro, levigato e rotondo, mentre la bocca dell'utero è spostata un poco indietro, si può trattare di antiversione o di antiflessione. La sonda, adoperata con prudenza, ci chiarisce la cosa e c'impedisce di commettere l'errore di Levret il quale prese per calcolo della vescica un'antiversione del fondo dell'utero.

L'antiflessione dell' utero gravido, giusta la mia esperienza, è piuttosto comune. Importa moltissimo far la diagnosi precisa poichè è facile l'aborto quando i sintomi che l' accompagnano, come il vomito ostinato e i disturbi delle funzioni vescicali, sono molto rilevanti. Il tumore si sente innanzi alla bocca dell'utero, la quale sta più indietro del solito. In tali casi le funzioni della vescica generalmente sono molto disturbate. Durante il quarto mese lo spostamento per lo più diminuisce e l' inferma si sente meglio; sono questi i casi in cui l' aborto non avviene prima che sia raggiunto questo periodo (veggasi pag. 307).

Fibromi che crescono dalla parte posteriore del collo dell' utero o dell'utero stesso. (fig. 192) — Talvolta è difficile distinguere questa condizione dalla retroflessione dell'utero non gravido. C' è in entrambe un tumore duro, levigato e resistente che si sente dietro la parte superiore della vagina e segue i movimenti dell'utero. Se fra il tumore ed il collo si sente una depressione, forse trattasi di flessione dell'utero. Non è una cosa molto comune che si sviluppino tumori in questo sito, giacchè la sede più ordinaria dei fibromi è più in alto del collo. I fibromi che partono dall'utero, da un punto più elevato e penzolano nello spazio utero-rettale, si potrebbero confondere con la retroflessione dell'utero ove la forma del tumore fosse simile a quella del fondo uterino. La mobilità del tumore e la mancanza di rapporto con la parte inferiore dell'utero lo fanno distinguere dal fibroma che si sviluppa da un punto più basso. In questi casi generalmente vi è mancanza di simmetria del tumore la quale basta essa sola a farlo distinguere dalla retroflessione dell'utero.

Ingrandimento generale dell' utero per qualsiasi causa. — Quando la cavità

uterina è notevolmente distesa per la presenza del feto, di un grosso polipo o per altra causa, si può sentire un tumore dietro o innanzi alla parte superiore della vagina; nei casi di gravidanza la scoverta di questo tumore aiuta moltissimo a far la diagnosi.

Gravidanza. — La scoverta di un ingrossamento dell'utero è un segno importantissimo e dei più positivi della gravidanza. In alcuni casi di questa non è facile il determinare la presenza di un tumore uterino con una esplorazione vaginale quando esso senza dubbio esiste; in altri, essendovi un tumore uterino, la difficoltà consiste nell'associarlo alla gravidanza.

Nella gravidanza normale l'aumento di volume dell'utero al principio non è

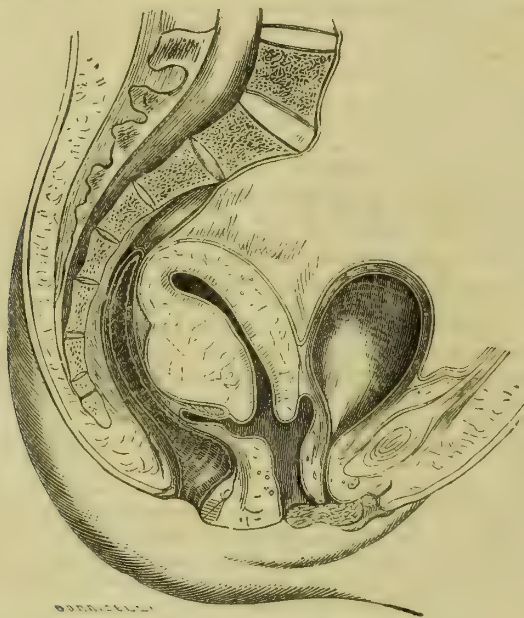


Fig. 192.

molto ned è facile valutarlo. L'organo rimane nella pelvi per circa i primi tre mesi e solo verso la fine di questo periodo si può valutare positivamente quest'aumento di volume per mezzo di una esplorazione digitale dalla vagina. Può essere facile seguire in un dato caso lo sviluppo dell'utero quando si fanno di tempo in tempo le osservazioni e così è reso possibile un paragone, ma non è facile esprimere un giudizio sullo stato reale delle cose fondandosi sui risultati di una sola osservazione. L'aumento di volume dell'utero prodotto dalla gravidanza in un periodo tardivo è pertanto più evidente e allora è anche impossibile rettificare i risultati di una esplorazione vaginale colle conoscenze acquistate osservando l'addome.

Il dato certo dell'ingrossamento dell'utero prodotto da gravidanza si deve cercare nello spazio compreso fra il collo uterino ed il pube — per es. attraverso la volta della vagina — A metà di gravidanza, durante il quinto mese, si sente ivi col dito, un tumore rotondo, levigato, teso, resistente, il quale in un modo insensibile va a confondersi col collo dell'utero senza che vi siano limiti di divisione tra l'una e l'altro. Talvolta si riscontra una certa difficoltà a riconoscere la presenza di questo tumore: Gooch ha detto che « il giovane pratico trova più difficile il dare un giudizio su questo fatto che su qualunque altro determinabile col tatto »; e ciò che egli dice è senza dubbio vero. Qualche volta la difficoltà deriva dall'esservi frapposta la vescica alquanto distesa da urina;

altre volte dallo stato di tensione elastica delle pareti vaginali e dei tessuti adiacenti che rendono ardua la scoverta del tumore. Se la gravidanza è giunta al quinto mese, quasi sempre si può eliminare la suddetta difficoltà applicando l'altra mano sul pube, facendo cioè l'esame combinato dall' addome e dalla vagina. Prima del quarto mese però la difficoltà di scovrire l' ingrossamento è maggiore e vi è minore probabilità di correggere un errore ricorrendo ad un altro metodo di esame. Durante i primi mesi della gravidanza, il tumore uterino è più duro, più solido e più resistente che nei mesi successivi e non è così facile riconoscere l'ingrossamento dalla vagina a causa dell' interposizione della porzione vaginale del collo dell' utero, che a principio non ha ancora subito nessuna modificazione.

Nella gravidanza le mestruazioni generalmente mancano, la bocca è molle, (veggasi « Esame della bocca dell'utero » a pag. 32) mentre nell' ingrossamento cronico o ipertrofia dell'utero (fig. 193 [1]) le labbra della bocca sono sotto que-

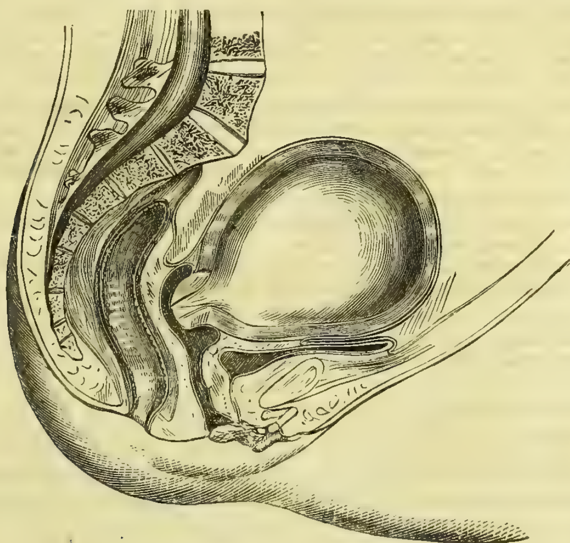


Fig. 193.

st'aspetto inalterate; oltracciò in quest' ultimo caso l' ingrossamento rimane quasi nello *statu quo*. La diagnosi differenziale fra l' ingrossamento dell' utero prodotto da fibroma o da polipo e il primo periodo della gravidanza poggia quasi sulle stesse basi; inoltre questi fibromi generalmente danno origine ad emorragie o a mestruazione più o meno profusa, ma ci si può presentare un caso nel quale è dubbio se la emorragia è dovuta ad aborto, a fibroma od a polipo.

Nell'aborto la bocca dell'utero è ampia, cedevole e beante, mentre nel fibroma che cagiona emorragia l' apertura è più piccola e la bocca non è cedevole come nella gravidanza. Nei casi di minacciato aborto si può pertanto trovare che la bocca sia piccola; nel polipo uterino essa può presentarsi beante come nell'aborto, ma non si trova la mollezza dei casi di gravidanza. Tutte queste proposizioni debbono essere accolte con certe riserve altrove ricordate riguardo lo stato della bocca durante i primi mesi della gravidanza. Il cancro circoscritto al solo corpo dell' utero, che è una malattia rara, non si può confondere col

---

[1] La fig. 193 rappresenta la posizione ed i rapporti dell'utero dal quinto al sesto mese (La parete uterina è disegnata un po' più grossa G. H.).

primo periodo della gravidanza, la quale viene esclusa per la presenza dello scolo, dell'emorragia, del dolore ecc.

Non bisogna dimenticare che una delle suddette condizioni può esservi contemporaneamente alla gravidanza ne' suoi primi periodi ed allora è molto più difficile una diagnosi assoluta.

Nei casi di gravidanza estrauterina l'utero è ingrossato e subisce la medesima specie di cambiamenti, sebbene non allo stesso grado, cui va soggetto nella gravidanza normale.

Dopo il quarto mese di gravidanza l'utero ingrandito si sente più chiaramente fra il collo e l'osso pubico ; il tumore è mediocremente resistente e si raggiunge più o meno facilmente. Esso fa sentire una fluttuazione oscura ed è percettibile il *ballottamento*. La posizione dell'inferma che è più favorevole alla determinazione di questo fenomeno è la posizione in piedi. Evacuati completamente il retto e la vescica si preme il dito verso l'alto, risolutamente ma con lentezza contro il tumore uterino, ed allora con molta rapidità l'utero risale di mezzo pollice o press'a poco, restando nel punto dov'è risalito. Un momento dopo la punta del dito sente un colpetto prodotto dal feto che, spinto prima in alto, ricade repentinamente per forza di gravità nella parte inferiore della cavità interna nel punto con cui è in contatto il dito. La sensazione comunicata è molto speciale e caratteristica. Depaul e Cazeaux hanno riferito casi nei quali il fondo dell'utero ingrossato e spinto in avanti, sentivasi attraverso le pareti della vescica e comunicava una sensazione simile a quella di un feto dentro l'utero. La medesima sensazione potrebbe essere prodotta anche dalla presenza di un calcolo nella vescica.

Vi è un'altra specie di ballottamento che si produce attraverso le pareti addominali e che descriveremo piú in là.

Quantunque i fibromi uterini, al pari dei polipi che si sviluppano nelle cavità dell'utero, ordinariamente impediscano la gravidanza o almeno la tronchino in un periodo precoce, di quando in quando si osserva la gravidanza contemporaneamente all'una o all'altra specie di tumori: questi casi complicati, come è naturale, presentano sintomi speciali e per diagnosticarli è necessario un attento esame.

Gravidanza di una mola. — La più importante di queste specie di gravidanze è quella di una mola idatidea. I sintomi al principio sono quelli della gravidanza, ma non si sente nessun movimento fetale nelle epoche in cui sogliono manifestarsi, le mammelle non subiscono l'ordinaria serie di cangiamenti eppure l'utero continua ad ingrandirsi. L'ingrandimento progredisce senza interruzione e spesso con molto maggiore rapidità della gravidanza normale. Se si esamina l'organo dalla vagina si trova ingrandito come nella gravidanza e le alterazioni che si vedono nella sua porzione vaginale possono essere molto identiche a quelle speciali dell'utero gravido, ma esso è più duro dell'utero normalmente gravido. Come sopra abbiamo detto, tenendo presente l'epoca della cessazione dei catameni, è più grande di quel che dovrebbe essere. Talvolta vi sono emorragie o un'accidentale emissione di liquido acquoso dalla vagina. Non è possibile produrre il ballottamento come nella gravidanza fisiologica. La bocca uterina può essere o no aperta a sufficienza da permettere che l'osservatore scovra qualche cisti idatiforme nella sua cavità; lo stato fisico dell'utero pertanto, determinato con la esplorazione vaginale, può presentarsi tale da rendere impossibile il distinguerlo da quello della gravidanza normale; neppure la mancanza del ballottamento ci assicura in modo positivo che nell'utero non vi è un feto vivente e la diagnosi si deve fondare sui risultati dell'esame dell'addome, sullo studio dei sintomi razionali e sulla anamnesi. (Veggasi « Esame dell'addome ». Appendice C.).

Le *vere idatidi* dell'utero sono rarissime. Rokitansky ne vide un caso, io anche ne ho visto uno dopo pubblicata la seconda edizione di quest'opera [1] ma credo che questi due casi sono i soli autentici che si ricordino.

Parto mancato. — Con questo nome si sono indicati certi rarissimi e straordi-

---

[1] *Obst. Trans.* vol. xii. p. 237.

narii casi nei quali, dopo giunta quasi a termine la gravidanza, il feto è morto ed è stato trattenuto nell'utero per un tempo variabile.

Ingrandimento prodotto da distensione sanguigna dell'utero (*Ematometra*). — Sono molto rari i casi in cui l'utero è grandemente disteso dal sangue. Nella maggior parte di essi la distensione è prodotta dalla ritenzione di liquido mestruale che non può uscire per qualche condizione anormale del canale di sbocco, per una imperforazione dell'imene, per chiusura congenita della bocca uterina. Nelle inferme che prima avevano mestruazione regolare la ritenzione può dipendere da una delle seguenti cause: *occlusione della bocca dell'utero* in seguito all'*uso di caustici* o in seguito ad *adesione consecutiva al parto*; malattie dell'utero per es. *polipo uterino, ipertrofia del collo dell'utero, cancro* della parte inferiore dell'utero, forse anche la pressione fatta da *tumori esterni all'utero.*

Un segno comune a tutti questi stati è la mancanza delle mestruazioni e perciò bisogna essere cauti nel distinguere questi casi da quelli di gravidanza.

In altro luogo abbiamo descritto i notevoli sintomi prodotti dalla ritenzione del liquido mestruale. Circa le note fisiche del tumore nei suddetti casi dobbiamo ricordare che esso è elastico, rotondo, fluttuante e se è grande la fluttuazione si può rendere manifesta con l'esame combinato dall'addome e dalla vagina.

I casi di idrometra sono rari. L'idrometra per lo più ha luogo nelle donne che hanno varcata l'età critica; l'ingrossamento è lento e produce pochi sintomi; vi hanno pertanto accidentali e gravi dolori somiglianti alle doglie del parto e che sono prodotti dalle contrazioni dell'utero.

Raccolte purulente nell'utero. — L'utero può essere disteso da pus o da un liquido puriforme che può trovarsi in considerevole quantità.

Fisometra. — In questo caso l'utero è dilatato dalla presenza di gas nella sua cavità. Questa malattia è molto rara, ma l'ingrandimento prodotto può essere molto rilevante; l'uscita di gas dalla vagina non è una prova della sua presenza.

Il *tubercolo dell'utero* è una malattia molto rara. L'ingrossamento può essere considerevole. La prima ad essere attaccata è la mucosa, e la cavità dell'utero in un periodo più tardivo può riempirsi di « una massa liquido-consistente purulenta » (Farre) e perciò l'utero si dilata per un'altra causa.

Nei casi d'ingrossamento dell'utero prodotto da qualcuna delle cause finora enumerate il tumore è al tatto più o meno molle od elastico e fa nascere l'idea che contenga liquido. Un'altra classe di casi è quella in cui l'utero ingrandito è duro e resistente. Le alterazioni che in tali circostanze possono presentarsi e che bisogna distinguere fra loro sono le seguenti:

Fibroma uterino.
Polipo fibroso dentro l'utero.
Cancro del corpo dell'utero.
Ingrossamento cronico o ipertrofia dell'utero.

Queste diverse malattie, tranne il cancro, sono più o meno croniche e tutte possono essere accompagnate da perdite di sangue più o meno abbondanti.

Fibromi e polipi fibrosi dell'utero. — Vuoi che il tumore sia nelle pareti uterine, vuoi che esso sia nella sua cavità (Vedi fig. 164) l'utero è del pari duro e resistente all'esterno. Nel caso di polipo, la posizione dell'utero è più simmetrica mentre un grosso fibroma sviluppatosi nelle sue pareti produce distorsione di quest'organo. La bocca dell'utero in ambo i casi può presentarsi in identiche condizioni, essere aperta o chiusa, ma quando si tratta di polipo per lo più è aperta tanto da potervi penetrare la punta del dito e spesso si può sentire una porzione della superficie del polipo dalla parte interna della bocca pur quando esso non protubera nel canale vaginale. In alcuni casi è impossibile stabilire se trattasi di fibroma o di polipo fibroso, finchè non si dilata artificialmente la bocca dell'utero, come ha fatto per il primo Sir J. Y. Simpson.

Cancro del fondo dell'utero. — La diagnosi differenziale fra il cancro in questo sito e il polipo si fonda principalmente sul modo di progredire del male a meno che non si ricorra alla dilatazione artificiale della bocca affine di esplorare l'interno dell'utero per ottenere maggiori dati. Il corpo dell'utero può essere passionato secondariamente ed essere per ciò ingrossato, ma lo stato del collo dell'utero fornirà in questi casi, dati decisivi per la diagnosi.

Ingrossamento cronico od ipertrofia dell'utero. — Un ingrossamento dipendente da questa causa è di grado limitato; un'ipertrofia pura e semplice non dà mai origine ad un considerevole aumento di volume. Essa ha un carattere a sè; l'utero è più denso, ingrossato, più vascolare, e spesso è cagione di gravi incomodi per il dolore, per un senso di peso e di stiramento, per gli effetti della pressione meccanica esercitata sugli organi circostanti. Di solito vi si unisce una ipertrofia, ed un ingrossamento della porzione vaginale del collo uterino; e difatti lo stato del collo è quello che più comunemente ferma la nostra attenzione per escludere che si tratti di altre malattie — per es. l'ingrandimento od ipertrofia del fondo o del corpo dell'utero.

L'*ingrandimento delle trombe Falloppiane* produce un tumore elastico, rotondo, alquanto piriforme, che può essere sentito attraverso la parte superiore della parete vaginale. La tromba talvolta è distesa — in rari casi assai fortemente — da una raccolta di liquido *sieroso*, *purulento* o *sanguigno* nel suo interno o per lo sviluppo di un ovulo entro il canale — (*gravidanza Falloppiana o della tromba*). Una tromba distesa costituisce un tumore che ordinariamente presenta una forma alquanto allungata, rassomigliante ad una porzione d' intestino disteso. Se fosse passionata l'intera tromba il tumore avrebbe una forma semicircolare somigliante ad una salsiccia. La distensione può essere limitata all'una o all'altra delle estremità della tromba e possono essere passionate una sola od entrambe le trombe.

Il tumore, quand'è di questa natura, è rotondo, mobile, ben definito, e di solito si può separare dall' utero ; esso è situato nella saccoccia retrouterina un pò da un lato. Ci può essere fluttuazione nel tumore, elasticità al tatto, ci può essere, oppure può mancare, sensibilità alla pressione; difficoltà e dolore nella defecazione, dolori gravativi in varie parti, dolore nel camminare. Questi sono i sintomi che si osservano più spesso.

I tumori coi quali è più facile confondere la distensione della tromba di Falloppio sono i tumori cistovarici nel loro primo periodo di sviluppo, le cisti Wolfiane, le cisti idatiche, e la gravidanza addominale. Quando c'è gravidanza falloppiana il corso della malattia è diverso secondo i casi. Per lo più il risultato è la rottura della tromba durante il secondo o terzo mese di gestazione, seguita da morte rapida (generalmente entro le 24 ore); o la rottura non è fatale perchè il feto diventa incistato e può crescere fino a raggiungere il completamento della gestazione. Per conseguenza quando si ha d' innanzi un ingrandimento cronico delle trombe non si deve tener conto di quest'ultimo fatto. La diagnosi differenziale fra i tumori prodotti da distensione della tromba falloppiana da liquido e gli altri tumori sarà da noi trattata nuovamente nel parlare dell' « Esame dell'addome ».

Nella *gravidanza estra-uterina* di solito l' inferma sa o suppone di essere incinta; il tumore cresce continuamente e abbastanza presto, l'utero s'ingrossa simultaneamente, quasi nello stesso grado come se contenesse l' uovo. La mestruazione non manca così costantemente come nella gravidanza ordinaria ; la bocca dell' utero si presenta come nella gravidanza. L'esito ordinario di questi casi è la rottura della tromba o della cisti che racchiude il feto e la conseguente sfuggita del feto nell'addome, quindi la morte; ciò succede generalmente prima di arrivare alla metà del periodo della gestazione ; perciò i casi di gravidanza estra-uterina sono raramente diagnosticati in vita. Tuttavia il feto può morire e mummificarsi entro la tromba.

In molti dei casi riportati come casi di gestazione nella tromba, quello che veramente si osserva è lo sviluppo difettoso dell'utero, essendo l'utero separato in due parti e l'uovo essendosi sviluppato in uno dei corni di quest'utero doppio. Uno dei corni può essere più grande dell'altro e quando l'uovo è sviluppato nel corno imperfetto o più piccolo succede quasi costantemente la rottura; quando invece l'uovo si sviluppa nel corno più perfetto, la gravidanza può procedere normalmente. Perciò possiamo incontrare casi in cui la cavità uterina non sembra contenere un uovo; allora può darsi che non si tratti di caso di gravidanza Falloppiana, nel vero senso della parola, ma della gravidanza in uno dei corni di un utero biloculare.

Gravidanza addominale. — Nei casi di gravidanza addominale — vale a dire quando la gravidanza è addominale fin dal principio o è divenuta tale in segui-

lo a rottura di una tromba — l'uovo può fissarsi od essere incistato nella parte più bassa della pelvi, dietro l'utero fra questo ed il retto, e può formare in questa posizione un tumore rotondo ed elastico.

I sintomi, quali lo stiramento all'ingiù e all'indietro, il dolore e il fastidio nella pelvi. si mostrano ben presto quando non si tratta di una gravidanza Falloppiana primaria. La donna, giudicando dalle sensazioni e dal suo stato, generalmente si crede incinta e perciò può tollerare i dolori per tutto il tempo della gestazione.

La diagnosi differenziale fra la gravidanza addominale, quando il tumore è nella pelvi, e la gravidanza falloppiana, è difficile nei primi tempi; ma se essa ha attraversato il periodo di mezzo si può presumere che il feto se non è nell'utero, non è neanche nella tromba. Può nascere anche il sospetto di un utero doppio come sopra dicemmo. In un caso straordinariissimo, ricordato da L. R. Cooke, [1] in cui c'era gravidanza simultaneamente intrauterina e addominale, questa giunse a compimento.

Talvolta si ha che fare con un tumore dietro l'utero che è costituito dalle reliquie del feto dopo la gravidanza addominale. Queste reliquie, racchiuse in un sacco, che diventa aderente per l'infiammazione alla superficie adiacente peritoneale, e che si ponno riconoscere sotto forma di ossa con la osservazione digitale, possono per mesi ed anche per anni restare senza essere emesse. In un caso riferito dal Dr. Brandt [2] un tumore osseo, contenente i resti di un feto, rimase nell'addome per 54 anni; l'inferma aveva messo alla luce due bambini naturalmente prima di restare incinta del feto, che fu poi trattenuto. Si ricordano parecchi altri casi di un carattere consimile ma di minor durata.

Tumori ovarici. — Il maggior numero di casi che ci si presentano e nei quali è da porre in discussione se si tratta di malattia ovarica, sono casi in cui il tumore si è ingrandito tanto da invadere l'addome; vi è un ingrossamento di questo sicchè generalmente avviene che quando il tumore capita sotto la nostra osservazione può essere esaminato tanto dalla vagina quanto attraverso le pareti addominali.

In casi di ovarite o di nevralgia dell'ovaia qualche volta possiamo scovrire un leggiero aumento di volume di questa coll'esplorazione digitale. La sua posizione, essendo essa sensibile al tatto, si determina allora facilmente. Nella prima fase di un tumore cistico dell'ovaia ordinariamente manca il dolore e non vi è nulla che spinga ad una esplorazione digitale; e non è cosa comune che si diagnostichi una cisti ovarica la quale sia più piccola del pugno. Se il tumore, insieme all'ovaia, è solidamente fissato dentro la pelvi; i sintomi si svilupperanno più presto di quelli di un tumore peduncolato i cui movimenti perciò sono più liberi. Quando un tumore ovarico è piccolo ordinariamente occupa la fossa utero-rettale e non è precisamente nella linea mediana.

Nello studiarsi di far la diagnosi della natura di un tumore che sospettiamo ovarico, il nostro primo obbietto dev'essere di escludere l'utero dalle nostre considerazioni. Allora è utilissima la sonda. (Veggasi «Esame dell'utero colla sonda»). Il tumore però può essere aderente all'utero. In questo caso la sonda è anche utile giacchè ci fa conoscere la direzione del canale uterino ed oltre a questa la forma, la grandezza e la mobilità del tumore.

In pochi casi in cui lo sviluppo del tumore ovarico procede rapidamente ed il tumore resta nella pelvi dietro l'utero il fastidio e le molestie sono tanto considerevoli da rendere la diagnosi più difficile; grande ostacolo è opposto all'orinare e al defecare e si provano gravi dolori nella pelvi o nelle estremità inferiori. Nei casi di gravidanza estrauterina, quando la cisti è situata in basso nella pelvi, il tumore per la sua rotondità, elasticità ed altre note fisiche somiglia alquanto al tumore ovarico. Con difficoltà forse si potranno distinguere i piccoli tumori ovarici dalle cisti idatiche che si sviluppano nella parte bassa della cavità peritoneale.

Le cisti idatiche ordinariamente sono più fisse e seguono i movimenti della

---

[1] *Obst. Trans.* vol. v.
[2] *Edin. Med. Journ.* Sept. 1862.

parete vaginale; i piccoli tumori ovarici per lo più sono mobili ed unici, tranne nei casi in cui sono ammalate amendue le ovaie. Invece le cisti idatiche attaccate alla pelvi nelle vicinanze del canale vaginale, ordinariamente sono due o tre.

Il tumore prodotto da ematocele peri-uterino differisce da quello ovarico in primo luogo per la sua forma, che ordinariamente non è globulare come quest'ultimo, in secondo luogo per i suoi rapporti si può meno facilmente definire e distinguere dalle parti adiacenti; in terzo luogo per i sintomi concomitanti o prodromici ed in ultimo per la mancanza di mobilità relativamente ai tumori ovarici.

In certe circostanze potrebbero confondersi con un tumore ovarico gli ascessi o i versamenti di sostanza plastica in seguito ad infiammazioni di varie specie. La storia del caso allora dev'essere studiata con molta attenzione e si rileverà così la sua reale natura. In ultimo bisogna ricordare che nella pelvi si possono trovare due tumori. Talvolta si osservano simultaneamente la gravidanza ed una malattia ovarica. Ora dobbiamo occuparci di quei casi che clinicamente parlando sono più comuni ed in cui il tumore è *molto più grosso* sicchè riempie più o meno la pelvi. Vi può essere un grandissimo tumore ovarico eppure con la sola esplorazione digitale della vagina relativamente si può avere poca certezza della sua presenza, giacchè il tumore si può essere allontanato totalmente dalla pelvi trascinando seco l'ovaia e parte del ligamento largo e divenendo un tumore quasi esclusivamente addominale. Ora però dobbiamo discorrere di quei casi in cui il tumore ovarico è ancora totalmente o in parte nella cavità pelvica e indicare la diagnosi differenziale fra questo tumore e quegli altri con cui può essere confuso.

Un grande tumore ovarico che occupa la pelvi per necessità deve spiegare la sua influenza sugli organi circostanti. Così l'utero è spinto di lato o spostato secondo varie direzioni; il tumore può cacciarlo in basso o in avanti, o può stirarlo o distenderlo in modo da allungarne la cavità. L'alterazione più importante da cui devesi distinguere il tumore ovarico è l'ingrossamento o tumore dell'utero, distinzione che non di rado si fa con una certa difficoltà. La prima cosa da determinare è la posizione del collo uterino e poi, nella maggior parte dei casi, sarà facile decidere se il tumore è costituito dall'utero ingrossato o da un tumore indipendente e distinto da quest'organo. La circostanza su cui si può fare maggiore assegnamento per distinguere l'ingrandimento dell'utero da un tumore ovarico è che nel primo caso il collo uterino trovasi nella linea mediana e da ciascun lato di essa vi sta una porzione uguale del tumore mentre nell'altro caso il collo dell'utero è da un sol lato fuori della linea mediana e la massa del tumore giace dall'una o dall'altra parte di questa sezione dell'utero; ma anche ciò probabilmente può trarre in inganno. Quando l'utero è considerevolmente ingrandito (per es. per gravidanza) il collo può stare in alto ed essere difficile il raggiungerlo, ma quando vi è un grosso tumore ovarico, ordinariamente è trascinato fuori della linea mediana del corpo. Nel caso di gravidanza molto avanzata, la porzione vaginale del collo presenta anche altre modificazioni più caratteristiche. Può avvenire d'altronde che l'ingrossamento dell'utero prodotto dalla gravidanza ed un tumore ovarico si trovino contemporaneamente nella stessa inferma ed allora la diagnosi sarà chiarita da fatti che si osserveranno successivamente. Se il tumore diviene presto peduncolato, diventa subito addominale e la sua presenza è meno evidente dietro un esame vaginale; ma se è sessile questo cangiamento non avviene così presto ed il tumore può essere per dir così, modellato sulla cavità pelvica, mentre al tempo stesso può essere spinto in alto nell'addome.

Quando il tumore ovarico è grande o una considerevole porzione di esso occupa la pelvi si può confondere con la retroversione dell'utero gravido e con gli ingrossamenti di altro genere dell'utero. Nella retroversione dell'utero gravido il collo uterino è spinto in alto ed in avanti ed il fondo costituisce il tumore che preme in basso sulla vagina. Quando vi è un tumore ovarico questa posizione del collo dell'utero è rara.

I tumori ovarici, che sono tanto grandi da occupare la pelvi, difficilmente si possono confondere coi grossi fibromi dell'utero. Essi hanno maggiore elasticità di questi ultimi ed il loro sviluppo è molto più rapido.

La diagnosi della *natura* dei voluminosi tumori ovarici è stata studiata nei capitoli sulle « Malattie dell'ovaia ».

Altri tumori cistici della pelvi. — Le cisti del legamento largo (cisti Wolffiane), che generalmente non raggiungono un volume maggiore di quello di un'arancia, possono oltrepassarlo di molto qualche volta. La loro diagnosi è oscura e poggia principalmente sul corso cronico della malattia.

Tumori solidi ossei o di altro genere che si sviluppano dalle pareti pelviche. — Vi sono registrati pochi casi in cui si son trovati tumori ossei (esostosi) provenienti dalle pareti pelviche e formanti masse di varie grandezze e forme. La diagnosi della natura di questi tumori forse non è accompagnata da grandi difficoltà.

Il loro sviluppo è lento, sono duri e resistenti e non spostabili.

Vi è uno stato di cose, raro, che si potrebbe confondere con questi tumori, cioè la sporgenza del corpo dell'ultima vertebra lombare in avanti nella cavità della pelvi, prodotta da malattia dell' articolazione lombo-sacrale, malattia che è conseguenza di trauma ovvero è semplicemente costituzionale [1].

Sono stati osservati tumori cancerosi della superficie interna dell'ileo. Kiwisch afferma di aver visto una donna nella quale una massa di questo genere somigliava per forma e posizione ad un tumore ovarico. Di quando in quando si vedono fibromi duri che crescono nella cavità pelvica dalla sinfisi sacro-iliaca[2]. Denman riferisce un caso in cui da un lato della parte superiore del sacro vi era un'escrescenza di sostanza grassa, di tal volume da riempire quasi il perimetro pelvico. Nell'Opera del Dr. D. D. Davis [3] sono registrati due importantissimi casi nei quali si trovavano grossi fibromi che partivano dal pavimento della pelvi o ne occupavano questa parte in modo così completo da opporsi allo sgravo.

La diagnosi differenziale fra questi tumori che partono dalle pareti pelviche e quelli dei visceri pelvici potrebbe presentare qualche difficoltà. Bisogna stabilire qual' è il punto da cui si sviluppa il tumore e se questo non è di considerevole volume la cosa è relativamente facile. I casi di questo genere sono rarissimi.

---

[1] Vedi la completa Memoria del Dr. Barnes sulla Spondilolistesi nelle *Obst. Trans.* vol. vi.

[2] Kiwisch. *Klin. Vostr.* II vol. pubblicato da Scanzoni p. 326.

[3] *Principles and Practice of Obstetric Medicine*, vol. i p. 142.

C.

DIAGNOSI DEI TUMORI ADDOMINALI, INCLUSA LA GRAVIDANZA — ESAME DELL'ADDOME.

Metodi di esame. Posizione dell' inferma durante la visita.

Ingrossamento dell' addome. — Risultati dell' inspezione riguardo alla diagnosi della natura dell' ingrossamento — Palpazione — Scoverta di un tumore — Percussione — Oscurità prodotta da accumulazione di sostanza adiposa.

Presenza di liquido. — Varie cause: Ascite, idropisia ovarica, ascite con tumore. — Diagnosi di queste — Distensione esagerata della vescica.

Distensione gassosa.

Casi che simulano la presenza di un tumore.

Tumori che si possono seguire nella pelvi — Enumerazione di essi — Tumori che si possono seguire nella pelvi e che si osservano più raramente; breve descrizione di essi; tumori che non possono seguirsi nella pelvi; enumerazione.

Diagnosi differenziale fra l'ingrossamento dell'utero per gravidanza e quello prodotto da altre cause; tumori ovarici e distensione della vescica; esame speciale dei segni della gravidanza.

Segni confermativi della gravidanza.

Per scopo clinico, ordinariamente si divide la superficie addominale nel modo seguente:

Nella *regione epigastrica*, la quale abbraccia quella porzione dell'addome che sta al di sopra di un piano orizzontale il quale passi per la estremità inferiore della decima costola dall'uno e dall'altro lato; le porzioni laterali di questa regione costituiscono *le regioni ipocondriache destra e sinistra*. La *regione ombelicale* confina in alto con la parte inferiore della regione epigastrica e in basso con una linea che passa fra i processi spinosi anteriori—superiori, delle ossa iliache del l'uno e dell'altro lato. La *regione ipogastrica* comprende quella porzione dell'addome situata inferiormente a quest'ultima linea. I confini inferiori di questa regione sono le ossa pubiche ed il ligamento di Poupart di ciascun lato.

I *metodi* di esame di cui facciamo uso nel ricercare le condizioni dell'addome sono 1.° l'*Ispezione* con cui si conosce la grandezza e la forma dell'addome, lo stato degli integumenti che lo covrono ecc. In questa sezione va compresa la misurazione dell'addome. 2.° la *Palpazione* per mezzo della quale determiniamo i varii gradi di resistenza, durezza, mollezza e simili dell'addome in generale o delle diverse parti dello stesso e possiamo così correggere le false opinioni che si sono formate con la sola inspezione. Qui va compresa la *fluttuazione* che denota la presenza di liquido. 3.° la *Percussione*, con cui distinguiamo i tumori o ingrossamenti dovuti a corpi solidi dalla distensione prodotta da gas o da liquido. 4.° l'*Ascoltazione* in cui si usa il senso dell'udito per scovrire certi rumori. 5.° Un esame combinato dalla vagina e l'esame dell'addome con la palpazione sopra la regione ipogastrica, mentre il dito dell'altra mano è tenuto entro la vagina oppure tenendo la sonda dentro l'utero. Nella diagnosi dei tumori pelvici di dubbia natura questo esame combinato è spesso della massima utilità.

Tutti questi metodi di esame non si usano in tutti i casi. Quelli più comunemente usati sono l'ispezione, la palpazione e la percussione, combinate; in pochi casi l'ascoltazione ci offre il mezzo di arrivare a conclusioni che non erano possibili con gli altri metodi.

Ingrossamento dell'addome.

Le cause di questo ingrossamento possono dipendere da uno stato morboso o da alterazione di qualcuno degli organi generativi o possono non dipendere da ciò; è necessario non portare idee preconcette nel giudicare di un caso. La regola è di non ammettere nulla a priori, di osservare tutto da noi stessi, non fidandoci affatto di tutto quanto ci viene, per così dire, di seconda mano.

Posizione dell' inferma durante l'esame dell'addome. — L'inferma dev'essere posta supina sopra un letto resistente e non cedevole, le spalle un pò rialzate, le ginocchia un pò sollevate, acciocchè si rilascino le pareti addominali; l'intero corpo deve essere in stato di assoluto riposo. Talvolta sarà bene di far conversare l'inferma, per impedire una certa contrazione involontaria dei muscoli retti che ha luogo di sovente e che oppone un ostacolo materiale al raggiungimento dello scopo prefisso.

Se si dovrà fare l'ascoltazione, si applicherà lo stetoscopio sulla pelle, altrimenti v'è la probabilità d'esser tratti in inganno. In molti casi sarà utile l'ispezione della pelle stessa. Nonpertanto è meglio di incominciare l'esame senza scoprire interamente l'addome, e di formarsi così un'idea generale della configurazione e del volume dello stesso, della presenza di un tumore e simili. Infine, prima di intraprendere un esame regolare dell'addome si evacueranno il retto e la vescica del loro contenuto.

È quest' ingrossamento reale o soltanto apparente, o è simulato per fatto proposito d' ingannare? — Alcune inferme, desiderose di essere credute incinte o che per altri motivi vorrebbero deviare il nostro giudizio, possono acquistare il potere di spingere in avanti l'addome tanto da simulare il rigonfiamento della gravidanza. Questo si ottiene curvando fortemente la colonna vertebrale nella regione lombare; e quando le donne che presentano questo ingrossamento fattizio sono poste a giacere, se si mette la mano sopra il centro dei reni vi si sente una concavità. In un caso capitato a me, l'inferma, giovane sui 25 anni, era stata creduta ammalata di un tumore addominale. Ad un esame superficiale l'apparenza e la forma generale dell'addome potevano infatti portare benissimo a questa conclusione; ma nessun tumore potè essere scoverto, non si sentì resistenza di sorta, e il suono timpanitico alla percussione fu decisivo per l'esattezza della diagnosi negativa. L'infermiera che la assisteva richiamò la mia attenzione sullo stato del dorso, dove si scoprì una curvatura angolare, ed anche molto leggermente laterale, della spina dorsale, alla regione lombare, che aveva l'inferma in seguito ad una violenza toccatale pochi anni prima. Qui l'addome era realmente arcuato, ma non c'era ingrossamento nel vero senso della parola. Vi è poi una notevole classe di casi in cui l'addome è ingrossato e l'inferma si crede incinta e si sforza di persuadere di ciò anche gli altri. Nella diagnosi di questi casi è necessario ricorrere all'anestesia.

Volume dell'addome. — Dalla semplice osservazione del volume non si può dedurre nulla di molto positivo. I casi più comuni di forte ingrossamento persistente dell'addome nelle donne sono le idropisie ovariche e l'ascite.

Se l'ingrossamento è *simmetrico*, se esso appare nella stessa proporzione ai due lati dell'addome, ciò parla in favore della presenza di ascite o di una distensione timpanitica degl' intestini. Quando si tratti di un tumore, generalmente manca la simmetria, come succede per le idropisie ovariche (in generale), per tumori fibrosi o polipi dell'utero, per ingrossamento e tumore del fegato o della milza ecc. Vi sono però molte eccezioni. Così per una grande cisti dell' ovaia sovente l'addome, ad un periodo avanzato della malattia, è simmetricamente ingrandito. Come pure l'ascite, se associata a tumori addominali, spesso, dà luogo, almeno superficialmente, ad un aspetto simmetrico dei due lati del ventre.

Quando dobbiamo decidere se si tratti di ascite o di idropisia ovarica, ci potrà giovare la seguente osservazione circa la forma dell'addome; ed è che mentre nei casi di idropisia ovarica l'ingrossamento è arrotondato anteriormente qualunque sia la posizione dell' ammalata, nei casi di ascite la faccia anteriore si spiana quando l'inferma si corica sul dorso. Questa distinzione, però, ci può

mancare quando, come qualchevolta succede, la distensione dell'addome da ascite è giunta ad un grado considerevole.

Risultati che si ottengono con la palpazione. — La mano dev' essere spianata, in modo da mettere più che sia possibile la superficie palmare delle dita a contatto con le pareti addominali. Poi si preme à, e dapprima dolcemente, poi gradatamente aumentando di forza, su tutta la superficie dell'addome, incominciando dalla regione ipogastrica e dirigendo in complesso la pressione verso la colonna vertebrale. Si può impiegare una sola od entrambe le mani, per quest'operazione. È importante che la pressione sia dolce a principio, altrimenti avvengono delle contrazioni muscolari che possono far fallire lo scopo del medico. Normalmente, l' addome non oppone resistenza alla pressione delle dita (se l' inferma è posta come dicemmo più sopra) salvo quella prodotta dalle contrazioni involontarie o spasmodiche o intenzionali dei muscoli retti, dappertutto le dita possono raggiungere una grande profondità; anzi, di solito, è possibile toccare la colonna vertebrale.

Scoperta di un tumore. — Se l'addome è soltanto moderatamente disteso e le dita possono affondarsi ugualmente in ogni punto, sia sopra, sia sotto, ma specialmente sotto, senza incontrare un corpo duro e resistente, possiamo quasi con certezza giudicare che non vi è nessun tumore solido. Se l'addome è grandemente disteso, allora il caso è diverso; le dita possono in alcuni di questi casi giungere ad una notevole profondità, senza incontrare un corpo resistente, solido, mentre che questo nonpertanto vi è. Ciò succede di quando in quando allorchè l'addome contiene un tumore ovarico solido assieme ad una grande quantità di versamento ascitico.

Le donne cui preme d'ingannare il medico ricorrono talvolta all' espediente di contrarre i muscoli retti. Il medico generalmente potrà procurare il rilasciamento necessario intavolando una conversazione con l'inferma e in ultima analisi sottoponendola all'anestesia. La contrazione talvolta è semplicemente involontaria; in tali casi, come più in là spiegheremo, l'animo del medico resta molto perplesso; la contrazione dei muscoli retti può in realtà simulare la presenza di un tumore. Nei casi in cui si sospetta la gravidanza è importantissima la scoverta di un tumore, giacchè per quanto possano essere positivi gli altri segni della gravidanza, essi non hanno valore ove si possa chiaramente stabilire che nell'addome non vi ha tumore riconoscibile. Colla palpazione, ordinariamente, possiamo scovrire un tale tumore in un primo periodo della gravidanza e la ricerca di questo o di qualunque altro tumore addominale deve essere fatta nel modo seguente: L' inferma giacerà nel modo che sopra abbiamo detto, dopo di aver vuotato il retto e la vescica; l'operatore, situata la mano spiegata sull'addome, vicinissima all'osso pubico, deve attenersi all' eccellente processo raccomandato da Roederer. Questo consiste nell'ordinare all' inferma di mettere in attività i muscoli addominali respirando molto profondamente e nel frattempo colla mano si seguiranno i movimenti della parete addominale. Nel momento in cui l'espirazione è completa la mano giunge in contatto col tumore uterino, duro, rotondo, simile ad una palla. Per scovrire tumori dell'addome, che in altro modo non potrebbero essere riconosciuti, questo metodo di esame è preziosissimo. Se il tumore è così ampio da riempire l'addome, il metodo sopradetto naturalmente non fa al caso.

Sovente la scoverta di un tumore, massime nei casi di gravidanza, è resa difficile per uno *stato adiposo dell'addome* che c' impedisce di accertare la presenza del tumore costituito dall'utero ingrossato.

Supponendo che dopo di aver bene tastato e maneggiato l' addome in ogni punto non si scovra nessun tumore, se l'addome è cedevole e non resiste in nessun punto, permettendo alle dita d' infossarsi egualmente dappertutto e l'ingrossamento non è considerevole, sarà evidente che questo non è costituito da un tumore solido di qualsivoglia specie; nè può essere cagionato da un tumore liquido circoscritto, (per es. un' idropisia encistica dell'ovaia). Se però l'ingrossamento dell' addome è *considerevole* il giudizio fondato sui sopradetti dati non può essere molto esatto e preciso. Le dita possono infossarsi fino ad un certo punto senza incontrare una resistenza solida e ciò nonostante può esservi un tumore solido. Questo stato di cose, come abbiamo già detto, si osserva quando

vi è un tumore dell'ovaia solido o di altra natura, ovvero un tumore solido dell'utero o di altri organi *accompagnato* da distensione ascitica della cavità peritoneale, o quando vi è una cisti dell'ovaia molto ampia che occupa l'addome, e che non è molto tesa e resistente.

Risultati ottenuti con la percussione. — Il dito medio della mano sinistra premuto sulla parete addominale dev'essere percosso dall'estremità delle dita della mano destra in modo secco, ma leggiero. Se si ottiene un suono chiaro, è evidente che vi ha una distensione gassosa, ma se il suono è ottuso, la distensione è dovuta a liquido o a sostanze solide. In questo modo abbiamo un metodo rapido per distinguere la *distensione gassosa* dalla *liquida*: la palpazione non ci aiuterebbe che poco in questa diagnosi differenziale. Quando l'ingrossamento è prodotto da una eccessiva *accumulazione di grasso* la percussione non ne fornisce dati positivi.

Quando si tratta di decidere se vi è una distensione gassosa o liquida un mezzo di grande utilità l'abbiamo nel fare la ricerca della *fluttuazione.* La superficie palmare delle dita della mano sinistra si tiene applicata sovra un lato dell'addome e questo si percuote leggermente sul lato opposto colle dita della mano destra. Quando vi è liquido fra i due suddetti punti, è comunicato un urto attraverso il mezzo liquido e le dita della mano sinistra provano un urto repentino variabile secondo la natura del liquido e il grado di altezza della distensione. Quando vi è soltanto una distensione gassosa non si comunica nessun impulso, ma quando vi è un'accumulazione di grasso si può percepire una sensazione alquanto simile a quella della fluttuazione, cosa per altro che potrebbe ingannare un medico poco pratico. La fluttuazione ha valore soltanto quando è determinata da una mano abituata a questa specie di ricerche. Quando l'addome è coperto di un largo strato di grasso, talvolta si può avere una sensazione molto simile a quella della fluttuazione.

Risultati dubbii della percussione o della palpazione. — Talvolta la distensione gassosa delle intestina è mascherata dalla presenza di un alto strato di grasso nell'omento o nella parete addominale e perciò colla percussione non si ottiene un suono chiaro. Questa concomitanza di una leggiera distensione timpanitica con accumulazione di grasso nell'omento e nelle pareti addominali si osserva molto spesso nelle donne quando è vicino il periodo dell'involuzione sessuale, cioè appunto in quel periodo della vita in cui l'attività degli organi sessuali sta per finire e quando l'inferma desidera di divenire incinta, cosa che non è affatto rara, questa combinazione della distensione timpanitica ed adiposa dell'addome, insieme all'amenorrea le può far credere che è gravida. Alcuni casi, molto istruttivi e dimostrativi delle varie condizioni qui esaminate sono stati riferiti dal Dr. Gooch [1]. Un esame dello stato del petto e della vagina si deve fare quando la percussione e la palpazione danno risultati incerti e quando vi sono motivi per sospettare che vi ha un tumore.

Talvolta si osserva uno stato in cui l'addome è voluminoso, non vi si può scovrire nessun tumore e le intestina, più protuberanti del solito, costituiscono l'ingrossamento. Ciò si osserva talvolta durante i primi due mesi della gravidanza, quando l'utero è ancora troppo piccolo e non si può sentire superiormente al pube. La durata per sei mesi o più di un ingrossamento dell'addome, senza che sia percettibile nessun segno di tumore, escluderebbe il sospetto di gravidanza.

In alcuni casi la difficoltà incontrata a scovrire un tumore mentre non vi è esagerata accumulazione di grasso, dipende dal fatto che vi sono *grande tensione e resistenza* e la distensione per la maggior parte è uniforme e simmetrica e la difficoltà è maggiore perchè questa tensione e resistenza c'impediscono di fare ricerche che oltrepassino la superficie dell'addome e noi non possiamo stabilire positivamente se in realtà vi sia o no un tumore.

Il risultato dell'esame fatto nel modo sopradetto dovrebb'essere quello di mettere l'osservatore in grado di determinare se l'ingrossamento dello addome dipenda da:

---

[1] Veggasi l'edizione di Gooch pubblicata dalla *New Sydherham Society* pag. 111 e seguente.

a) presenza di liquido,
b) distensione gassosa,
c) presenza di un tumore.

Presenza di liquido.

In questi casi vi è una fluttuazione sovra un largo campo, giacchè si sente sulla maggior parte della superficie dell'addome.

Le cose che ordinariamente dobbiamo distinguere sono:

le asciti,
l' idropisia ovarica,
le asciti associate ad uno o più tumori,
alcune rare condizioni che ora ricorderemo e che non entrano nelle sopradette tre categorie.

Difficili a distinguere fra di loro sono le *asciti* ed una *semplice cisti ovarica molto grande.* Si raggiungerà questo scopo prestando attenzione alle seguenti cose:

Volume dell'addome; che però non ci darà dati positivi.

Forma dell'addome. — Nelle asciti l'addome diventa schiacciato quando l'inferma sta sdraiata, mentre nella malattia ovarica questo schiacciamento non ha luogo. Quando l' idropisia ovarica distende molto l'addome, le costole libere vengono spinte all'esterno ed il torace acquista così una speciale forma conica. L'ingrossamento dell' addome nelle asciti in generale è simmetrico mentre nella idropisia ovarica per lo più vi è una tumefazione o prominenza più rilevante da un lato che dall'altro. Quest'ultima nota differenziale non avrà nessun valore quando vi è idropisia ovarica con una sola grandissima cisti. La forma dell' addome in generale nelle asciti è più ovoidale, nelle malattie ovariche è più rotonda. *Lo stato e l'aspetto della pelle* variano ordinariamente nei due casi. Nelle asciti ordinariamente vi sono un ingrossamento ed una distensione delle vene superficiali, considerevoli, che mancano nell'altro caso. Su questa cosa però non bisogna fare assegnamento. Io ho visto i *linfatici* enormemente distesi in un caso avanzato di malattia ovarica, ma questa distensione forse è un fatto eccezionale anzichè una cosa comune. Oltre a ciò ho osservato i linfatici egualmente dilatati in un caso in cui la vescica era molto distesa per retroversione dell' utero che era sede di fibromi. La parte più bassa dell'addome in questo ultimo caso presentava un aspetto notevolissimo. Vi erano larghe linee simili a corde, sinuose, decorrenti in alto, la maggior parte nella direzione dell'ombelico. Non sarebbe possibile giungere ad una conchiusione definitiva sulla natura dell'ingrossamento fondandosi, sia sullo stato delle vene sia su quello dei linfatici della superficie addominale.

Vi è *fluttuazione* tanto nelle asciti quanto nella idropisia ovarica. In questa spesso è molto vaga e quando l'addome è disteso da due o più grandi cisti la superficie addominale non si presenta uniforme in tutte le parti. Questa ineguaglianza naturalmente non si vede nelle asciti; in queste la fluttuazione si percepisce egualmente bene in qualunque punto si vada a cercare. Se però vi è una sola grandissima cisti la stessa uniformità si nota nei casi di idropisia ovarica. Nell'una e nell'altra malattia il grado di facilità con cui si percepisce questo segno varia estremamente, poichè dipende dal grado di distensione.

Risultati della percussione. — Nei casi di malattia ovarica colla percussione si ha un suono ottuso, che, se la cisti è abbastanza larga, puo giungere fino all'appendice ensiforme, mentre vi è un suono chiaro ai fianchi, ove stanno le intestina. D'altra parte nelle asciti le intestina galleggiano alla superficie del liquido e sopra la regione epigastrica colla percussione si produce una nota intestinale chiara, mentre ai fianchi vi è ottusità. La sola eccezione a ciò si ha quando lo stomaco e le intestina sono aderenti in basso e non possono elevarsi o galleggiare sul liquido ascitico a causa di queste aderenze.

Le note relative alla risonanza ottusa o chiara sui fianchi non hanno un valore assoluto giacchè non vi è nulla che impedisca, ciò che io ho osservato due o tre volte, la distensione gassosa e la dilatazione del colon ascendente o discendente e supponendo che insieme all'ascite vi sia questa distensione, percotendo sui fianchi si ha una risonanza chiara. . . .

Un altro segno differenziale fra la distensione ascitica e quella dipendente da malattie ovariche è quello costituito dai risultati della percussione fatta sull'addome in *diverse posizioni dell' inferma*. Nella cisti ovarica il risultato della percussione è identico, vuoi che l'inferma stia supina, vuoi che stia di fianco; ma nelle ascìti il liquido in generale può liberamente ubbidire alla gravità secondo le varie posizioni del corpo ed una parte speciale della superficie addominale in una data posizione del corpo può dare una risonanza chiara, mentre in un'altra uno ottuso.

La storia antecedente del caso fornisce generalmente, se è stata raccolta scrupolosamente, dati quasi decisivi. Il fatto che l'ingrossamento dell'addome è in-



Fig. 194 [1].

cominciato dal basso, ad un solo lato e con un tumore circoscritto realmente percettibile, parlerà in favore della diagnosi di malattia ovarica, la mancanza di ciò farà propendere per l'ascite. L'origine del tumore in un solo lato non è però così frequente da potersene giovare, come generalmente si crede. In tali casi, come ha osservato il Dr. Bright « lo sviluppo del tumore è alcune volte così impercettibile che berchè sia nato ad un solo lato, è già giunto nella regione pubica e perfino nella regione ombelicale, e quando il medico viene consultato è difficile di poter accertare la sua origine laterale. Altre volte l'ingrossamento è lento sulle prime, e dopo un periodo più o meno lungo, l'aumento si manifesta di botto, talchè in pochi mesi l'intero addome presenta ad un osservatore profano il volume e l' apparenza di una gravidanza già molto avanzata » [2].

Inoltre, per ciò che riguarda la storia, nelle malattie ovariche l'ingrossamento è più frequentemente cronico — più lento nel progredire, che nei casi di ascite; invece in questi ultimi casi è accompagnato da maggiori disturbi dello stato generale di salute, e si possono scovrire segni di gravi malattie cardiache, polmonari, epatiche o renali. Oltracciò, i versamenti idropici nella cavità peritoneale sono piuttosto frequentemente accompagnati da un simile versamento (anasarca) nelle estremità inferiori. È solo nell'ultimo periodo di una affezione ovarica del *genere* che ora stiamo descrivendo, escluse, cioè, le malattie *cancerose* delle ovaie, che si osserva l'anasarca delle estremità inferiori. La dispnea prodotta da una grande distensione dell' addome in un' affezione ovarica è generalmente molto meno considerevole di quella prodotta da un versamento ascitico, perchè in quest'ultimo caso essa è di origine organica e non di origine meccanica.

---

[1] La fig. 194 (da Bright) mostra l'aspetto generale dell'addome in un caso di grande distensione per idropisia ovarica.

[2] *Clinical Memoirs on Abdominal Tumours*, edizione della New Sydenham Society, pag. 63.

Diagnosi differenziale fra l'ascite e l'ascite accompagnata da un tumore.—Di quando in quando si danno casi di tumori nell'addome accompagnati da un liquido ascitico, di quantità così notevole che non possiamo accorgerci della presenza del tumore, almeno, non possiamo accorgercene così presto. Kiwisch accenna ad un caso di ascite unita a *gravidanza*, in cui venne eseguita la paracentesi e il trequarti passò attraverso l'utero gravido. Si troveranno altri esempii nell'opera di Montgomery. L'esperienza dimostra quindi che la questione in molti casi non è di facile soluzione; diventano necessarii perciò l'esame dell'utero dalla vagina, l'esame dello stato delle mammelle, uno studio accurato delle circostanze



Fig. 195 [1].

che precedettero ed accompagnarono l'ingrossamento. La gravidanza può passare, come si vede da molti casi riferiti, molto facilmente inosservata se non si sono fatte ricerche per scovrirla. Così una inferma con ascite, che diventasse gravida, potrebbe naturalmente attribuire l'aumento di volume del suo addome ad un progresso del male precedente; e la soppressione dei mestrui potrebbe essere attribuita dal medico alla stessa causa.

Nei casi di gravidanza unita ad ascite, c'è spesso uno stato idropico delle estremità inferiori. Anche nei casi di ascite avanzata, si ha frequentemente l'anasarca delle estremità inferiori, come ben si sa; e il caso può essere preso non a torto (da chi non sia informato almeno della possibilità della gravidanza) per una ascite semplice. Il Dr. Montgomery riferisce un caso in cui le pareti addominali erano così estremamente tese e la quantità dell'acqua interposta così grande che i limiti esterni dell'utero non poterono essere scoperti, nè si poterono sentire i movimenti del feto malgrado che la donna fosse gravida da 7 mesi [2]. È molto importante ricordarsi, in tutti i casi in cui la donna è in istato da poter aver figli ed ha un addome dilatato, che non basta di aver diagnosticata l'ascite in un periodo antecedente. La diagnosi deve essere rifatta di quando in quando, e lo stato dello addome dev'essere sottoposto a regolari investigazioni; e questo è tanto più necessario quando si debba pensare ad operazioni chirurgiche, come la paracentesi. Il medico dovrebbe sempre aver dimestichezza con questa operazione prima di passare ad altre prove per stabilire che l'inferma non è gravida.

Le asciti possono essere unite ad altri tumori. Uno dei casi più frequenti è

---

[1] La fig. 195 (dell'Opera di Bright) rappresenta un grande tumore ovarico senza la copertura addominale.
[2] *Op. cit.* pp. 139. 149. 162.

forse quello in cui vi ha *tumore ovarico insieme ad ascite.* Ordinariamente la distensione non è tale da impedire che si riconosca il tumore. Ma può avvenire però che lo impedisca. Questa concomitanza dell'ascite e del tumore ovarico si osserva più comunemente quando il tumore ovarico è di natura maligna che quando è una semplice cisti.

Il *tumore mesenterico* può accompagnarsi all'ascite ed avere tale situazione da simulare molto bene un tumore ovarico. In tal caso, ed io ne ho avuto la prova pratica, l'incisione esplorativa sull'addome può essere il solo mezzo per decidere quale sia la natura del caso.

In un periodo avanzato della malattia l'ascite combinata ad *idatidi del fegato o della cavità peritoneale,* può produrre grande distensione dell'addome. La storia del caso, ma principalmente la presenza di un notevole ingrossamento del fegato, meneranno ad una conclusione definitiva o almeno daranno indicazioni tali da escludere l'idea che l'ingrossamento addominale possa dipendere da malattia di qualcuno degli organi generativi. Quando si può riconoscere un tumore le difficoltà diagnostiche non sono tanto difficili quanto nel caso sopra supposto.

Finalmente quanto alla diagnosi di quei casi di distensione estrema dello addome in cui si suppone, che vi sia un tumore insieme a versamento ascitico, la paracentesi renderà agevole il decidere se questo tumore vi è o no. In alcuni casi di idropisia ovarica con ascite è necessaria un'operazione preliminare di questo genere per metterci in grado di determinare più davvicino e più esattamente il volume, la posizione ed i rapporti del tumore.

Di alcune rare condizioni che possono simulare asciti o idropisie ovariche. — Una di queste condizioni è l'*estrema distensione della vescica* da ritenzione prolungata di urina. Il Dr. Gooch [1] ricorda un caso in cui la ritenzione di urina accompagnavasi a gravidanza, la vescica distesa aveva una forma schiacciata a causa della resistenza opposta dietro di essa dall'utero gravido; vi era fluttuazione e si fece la diagnosi di idropisia. Questo caso in origine fu narrato dal Dr. Lowder il quale dice che la paracentesi fu eseguita, il trequarti entrò nella vescica attraversando la parete dell'utero ed anche il capo del feto. L'errore probabilmente fu cagionato dalla fluttuazione che sentivasi sopra un'estesa superficie, ma forse si sarebbe evitato se si fosse fatta la percussione vicino alle regioni lombari o se nell'animo del medico fosse almeno sorto il sospetto di gravidanza.

In alcuni casi rarissimi è stata simulata l'ascite *dalla estrema distensione dell'utero prodotta da liquido con o senza gravidanza concomitante.*

Cisti dell'addome non ovariche. — In alcuni casi rari si sono osservate grandi cisti (del legamento largo) che simulavano una idropisia ovarica. Sta fra le cose possibili che in tal caso, se la cisti è grande, si abbia una somiglianza con l'ascite.

Distensione da gas.

Quando la maggior parte della superficie addominale è timpanitica; la distensione generalmente dipende dalla presenza di gas nell'intestino, nello stomaco od in entrambi. Questa forma di *timpanite,* notasi nel periodo avanzato di febbri di varie specie, nella febbre puerperale od in altre circostanze. La manifestazione relativamente repentina dell'aumento di volume, lo stato del tutto normale dell'addome precedentemente, ed i risultati dell'esame fisico in generale fanno la diagnósi non difficile.

Casi che simulano la presenza di un tumore.

Si trovano ricordati casi di questo genere nell'opera del Dr. Montgomery. Uno dei più straordinarii fu quello di una donna che nell'anno 1828 fu operata a Berlino credendosi che si trattasse di gravidanza estrauterina: al taglio del-

[1] Citato anche da Montgomery, *op. cit.* p. 324.

l'addome si scovrì che non vi era nessun tumore e nessun ingrossamento in qualsiasi viscere. Talvolta si è aperto l'addome con l'idea di asportare tumori ovarici e non vi si è trovato nessun tumore, cosa che non è affatto rara nelle donne supposte gravide ed ammalate di tumori addominali; allora i fatti rivelano quanto sia stata falsa la diagnosi. In molti casi in cui si è commesso questo errore è facile persuadersi che non si ebbe una sufficiente accuratezza nel determinare se vi fosse un tumore, nel tracciarne i limiti ecc.; ma talvolta le note percettibili evidentemente dovevano trarre in inganno.

Tumori cosiddetti « fantasmi ». — I casi che presentano la maggiore difficoltà sono quelli nei quali è simulato un tumore addominale in donne isteriche, giacchè i muscoli addominali sono contratti in tal modo da dare l'impressione di un tumore alla mano dell'osservatore. Esso presenta questa particolarità: « se, come osserva il Dr. Montgomery, si può ottenere che l'inferma dimentichi di trovarsi sotto l'osservazione del medico, distraendone l'attenzione, per es. facendole delle domande che non hanno relazione col suo stato e al tempo stesso si tiene la mano solidamente applicata sull'addome, la tensione gradatamente diminuisce ed anche il volume e svanisce la sensazione di tumore »[1]. Cangiando posizione può anche scomparire il tumore; ma, se questo veramente ci sia, si appura con certezza sottoponendo l'ammalata all'anestesia; allora la mano si può infossare nel punto in cui precedentemente sembrava che vi fosse il tumore. Quando l'addome è coverto da un'esagerata quantità di adipe con cui sovente vi ha accumulazione di grasso nell'omento, aumenta la difficoltà per il medico di stabilire con certezza che non vi ha tumore ed allora può essere indispensabile l'eterizzazione per far la diagnosi. Non è assolutamente certo in qual modo le ingannevoli note di un tumore realmente si producano, ma è probabile che nella maggior parte dei casi dipendano da contrazioni parziali dei muscoli retti dell'addome, mentre una parte dei muscoli è in uno stato di contrazione cronica e costituisce sotto la mano una massa rotonda.

Eliminato ogni dubbio circa la reale presenza di un tumore o la sua mancanza bisogna procedere oltre nelle ricerche.

Sarà bene per lo scopo della diagnosi determinare con l'esame fisico del tumore in quale delle sottosegnate categorie debba essere classificato e, fatta questa diagnosi elementare, continuare le ricerche che il caso indicherà necessarie: A). Il tumore parte dalla cavità pelvica od ha rapporto con questa: B). Il tumore è indipendente dalla cavità pelvica e non si può chiaramente seguire in questa.

A). Tumori che si possono seguire o sembrano penetrare nella cavità pelvica.

Ingrossamento dell'utero, da gravidanza, da fibroma ecc.
Cisti o tumore ovarico.
Ematocele periuterino.
Distensione della vescica urinaria.
Cellulite ed ascesso pelvico.
Tumore fecale.

Le cause più comuni sono:
L'ingrossamento e la distensione della tromba falloppiana.
La gravidanza estrauterina (ordinariamente).
Le cisti sub-peritoneali.
Le cisti o tumori solidi dell'omento.
I fibromi, i cancri o i tumori ossei che partono dalle ossa pelviche.
Il tumore idatideo.
Il tumore splenico (quando la milza è tanto ingrossata da giungere nella pelvi).
Il cancro del peritoneo.

---

[1] *Op. cit.* p. 398.

Le cisti o i tumori che hanno rapporti coi reni.
La distensione dell'uretere.
L'ingrossamento del fegato.
La ritenzione fetale e incistica (che può trovar posto sotto la rubrica B).
Le cisti del ligamento largo (cisti Wolffiane).

B). Tumori che non si possono seguire, almeno assolutamente, nella cavità pelvica.

Le malattie del fegato che danno origine ad ingrossamento dell'organo, a tumore idatideo ecc.
L'ingrossamento della milza.
I tumori idatidei della cavità addominale.
Il tumore fecale.
Il fibroma peduncolato dell'utero.
Il cancro del peritoneo.
L'accumulazione di grasso nell'omento.
L'ingrossamento ecc. dei reni.
Il rene mobile.

In generale sarà relativamente facile dire a quale serie appartenga il tumore che ci sta dinanzi. Cominciando dalla parte più sporgente del tumore e premendo con dolcezza, ma senza esitazione, sulla superficie del tumore attraverso le pareti addominali la continuità di questa superficie sarà tracciata in ogni verso e i limiti suoi saranno così con precisione delineati. Così un tumore, la cui parte più prominente è proprio sopra l'ombelico, può essere delineato in alto da questo punto al margine delle costole dal lato destro nel quale non si può allontanare dal fegato ; mentre nel tentare di delinearlo in basso , si può trovare che cessi bruscamente all' ombelico o poco più sotto. Un tale tumore apparterrebbe alla seconda delle suddette serie. Il fatto che il tumore cessa al punto indicato si può stabilire con la semplice palpazione , essendo la parete addominale sottile o cedevole; ma la sola palpazione non basta a chiarire questo fatto quando vi è uno stato opposto di cose ed allora riesce utile la percussione. Così, tornando al succitato esempio, essendo il tumore duro, resistente, con una risonanza di percussione ottusa in alto, il mutarsi di questa ottusità in suono timpanitico sovra un punto circoscritto, suono timpanitico che è identico a quello che si ottiene percotendo sulla parte inferiore dell'addome, fa stabilire i limiti definitivi inferiori del tumore. Quando un tumore presenta il segno della fluttuazione, i limiti di questa indicano naturalmente i limiti del tumore: è necessario ricordare che nel caso di un tumore di natura complessa la fluttuazione può cessare in un dato punto senza che ciò indichi in modo assoluto che questo punto sia il confine del tumore. Circa questo segno speciale della fluttuazione bisogna essere cauti giacchè non ogni tumore che contiene liquido presenta una fluttuazione percettibile: quando le pareti della cavità contenente il liquido sono molto tese può mancare completamente la fluttuazione. In ultimo, nel determinare se il tumore parta o no dalla pelvi , la storia del caso può fornirci dati importanti che però spesso, o mancano, o sono tanto poco esatti da non avere praticamente valore.

Tumori che si osservano più di rado.

a) Tumori che si possono seguire nella pelvi.

Ingrossamento del fegato. — In un caso di questo genere un esame attento mostra la continuità perfetta del tumore col fegato in alto. Il tumore è duro , resistente. La storia del caso collima colla teoria che il tumore abbia origine nel fegato; ma quantunque sia raro un semplice ingrossamento di grado considerevole, non sono infrequenti i casi nei quali un tumore che parte dal fegato si prolunghi in basso fino alla pelvi o che almeno sia evidentemente in continuità con tumori che penetrano nella pelvi. (Veggasi il paragrafo seguente).

L'idatide del fegato può produrre un tumore che da quest'organo giunge fino alla pelvi e l'addome può essere disteso enormemente a causa di questa neoformazione parassitica. In un caso notevolissimo riferito dal Dr. Bright [1] le idatidi formavano « tumori rotondi, elastici, ben definiti », in tutto l'addome e qua e là costituivano sporgenze visibili. L'inferma aveva 14 anni. Sulle prime le idatidi si formarono in rapporto col fegato. Il primo segno di malattia fu la sensazione di una massa dura al lato destro sotto le false costole. La malattia progredì rapidamente e le sue principali manifestazioni furono una emaciazione generale ed un ingrossamento dell'addome che andò aumentando senza tregua. Vi era ottusità alla percussione su tutto l'addome tranne in un sol punto, cioè immediatamente a sinistra dell'ombilico. Parrebbe difficile il non riconoscere la natura di un ingrossamento addominale dipendente da questa causa; un tumore ovarico che giunge fino al fegato e presenta sporgenze rotonde costituite dalle cisti, si potrebbe confondere da un osservatore inesperto con la sopradetta malattia. Ma un tumore ovarico che giunge a tal volume in generale ha una storia essenzialmente diversa; esso si è sviluppato dal basso in alto ed in qualche epoca precedente potevasi circoscrivere alla parte inferiore dell'addome. In alcuni casi questa distinzione può essere erronea. Le note fisiche di un tumore ovarico di questa grandezza, le esporremo più in là. Qui possiamo ricordare un importante caso, riferito dal Dr. Bright, in cui il tumore era costituito da idatidi, ma rassomigliava molto ad un tumore ovarico. La donna aveva 54 anni e presentava un ingrossamento dell'addome la cui origine risaliva a nove o dieci anni prima, ma si era reso evidentissimo soltanto da tre anni. L'addome « era molto ingrandito; i due terzi superiori erano occupati da un tumore irregolare con fluttuazione vaga ed in varii punti alquanto sensibile alla pressione, la parte inferiore dell'addome era anche occupata da un tumore fluttuante che sembrava una larga cisti elevantesi dalla pelvi. Lo spazio interposto era molle, ed era il sol punto che alla percussione dava una risonanza chiara o timpanitica ». Questa descrizione è accompagnata da un disegno. « Per la sua forma speciale ed irregolare » il Dr. Bright concluse: « che esso fosse costituito o da idaditi disseminate su vasto campo o fosse un tumore ovarico e, se questo, (che per la sua singolarissima forma e più specialmente per la separazione tanto precisa della porzione superiore dalla inferiore, appena poteva essere da me ammesso) io supposi che dovesse essere una delle forme complesse e maligne della malattia..... » [2]. Il corso della malattia dimostrò che si trattava di idatidi. Vi erano due grandi cisti, una in sopra ed una in sotto. La superiore era incorporata al fegato, e fra esse e innanzi ad esse stava teso il colon trasverso. In un caso capitato sotto la mia osservazione all'*University College Hospital* al principio curato da me e poi da Sir William Jenner, una puntura esploratrice fece dileguare grandi dubbii che si avevano sulla sua natura. Era un voluminosissimo encondroma. Una cosa da tener presente in questo caso fu lo sviluppo di una porzione del tumore indietro, verso il lombo, posizione la quale si può quasi asserire che non è mai presa da un tumore ovarico. I casi di questo genere sono rarissimi.

L'affezione cancerosa dei visceri addominali superiormente alla pelvi, può dare origine ad un tumore che si estende in basso fino alla pelvi. In pratica però questo tumore si può appena confondere con uno di quelli dei quali noi più specialmente ci occupiamo. Nel *cancro del rene*, il margine inferiore del tumore, anche in casi estremi, si può sentire sopra il perimetro pelvico se una distensione addominale da ascite non lo impedisca. Il Dr. Walshe dice che «*il cancro colloide dell'omento*, che si stende come un grembiale innanzi alle intestina, dà origine ad un suono ottuso di percussione proporzionato alla sua estensione » [3]. Questa è una malattia rarissima. *Il cancro del tessuto connettivo post-peritoneale*, anche rarissimo, può dare origine ad un tumore di lento sviluppo e che può procedere in basso nella pelvi [4]. La presenza di noduli di natura cancerosa percettibili al-

[1] *Op. cit* p. 30.
[2] *Op. cit.* p. 13.
[3] *Ibid.* p. 310.
[4] *Ibid* p. 311.

l'esterno nelle pareti addominali è un importante segno diagnostico. Quantunque non si osservi costantemente.

L'*ingrossamento della milza*, di tal grado da pervenire nella pelvi, la qual cosa deve essere rarissima, difficilmente si può confondere con un tumore ovarico od uterino se il medico vorrà prendersi il lievissimo disturbo d'informarsi della storia del caso.

Cisti o tumori che stanno in rapporto coi reni.—Il Dr. Bright riferisce minutamente un caso in cui una grande cisti contenente materia puriforme ed in rapporto col rene sinistro simulava una malattia dell'ovaia. L'inferma si era maritata a 34 anni. « Per circa tre anni ella ebbe un tumore al lato sinistro dell'addome; non è determinato il punto preciso di questa parte in cui cominciò, ma sembrava che questo punto dovess'essere abbastanza in basso per suscitare il sospetto che la malattia riguardava l'ovaia ». Dopo morte « si trovò un grande ma molle tumore che occupava la maggior parte delle regioni lombare ed iliaca sinistre ». Era un ingrossamento del rene ed al taglio aveva l'aspetto di una cisti membranosa le cui pareti avevano la spessezza di un ottavo di pollice. Conteneva pus, sporco, di colore non normale, acquoso [1]. Qualche tempo dopo vidi con Scott un caso di notevolissimo ingrossamento dell'addome che simulava una cisti ovarica multiloculare e che si dimostrò essere una cisti del rene.

Spencer Wells [2] in un lavoro « sulla diagnosi differenziale fra le cisti ed i tumori renali e le cisti e i tumori ovarici » ha descritto casi dimostrativi ed è giunto a conclusioni fondate sovra essi. In uno dei casi fu diagnosticata cisti dell'ovaia sinistra una degenerazione cistica del rene sinistro. Era molto voluminosa, occupava tutto il lato sinistro dell'addome ed era stata precedentemente punta e ne uscì molto liquido scuro simile a zuppa di piselli. In complesso l'aspetto della malattia era quello di una cisti ovarica, ma sulla parte media dell'addome passava una corda che era il colon discendente. Wells narra un altro caso di cancro molle del rene destro in una bambina di 4 anni, che si era creduto un tumore ovarico, ma che si diagnosticò esattamente. Narra anche un caso di pionefrosi del rene destro prodotta da accumulazione di calcoli nell'uretere per la quale si fece la puntura addominale. Riguardo ai dati diagnostici di tali casi Wells dice che i tumori ovarici stanno generalmente davanti agli intestini, e i tumori renali dietro di essi, (ma questa regola ha le sue eccezioni); che la scoperta dell'intestino davanti al tumore di dubbia natura debba indurre all'esame dell'urina, del sangue, del pus o dell'albumina che generalmente si trova nelle malattie renali; che l'intestino non può essere riconosciuto come tale senza che ci si metta molta attenzione; che il liquido emesso da una cisti di dubbia natura deve essere esaminato attentamente per vedere se vi sono i costituenti ordinarii; che la malattia renale si sviluppa verso il basso e quella ovarica verso l'alto; che soltanto un piccolissimo tumore ovarico con un lungo peduncolo può essere confuso col rene mobile o fluttuante.

Nei casi *di distensione dell'uretere*, si può scovrire un tumore da un lato, vicino alla colonna vertebrale, ma non risulta che un tale tumore sia stato mai confuso con tumori di origine pelvica; ordinariamente le circostanze sono tali che i tumori aderenti ai reni o agli ureteri non si confondono con quelli che si producono nella pelvi.

Tumore cistico sub-peritoneale. — Un caso molto raro ed eccezionale è quello in cui le cisti situate all'esterno del peritoneo crescono e formano tumori capaci di simulare cisti ovariche. Un caso di questo genere è ricordato da Kiwisch [3]. Il tumore formatosi gradatamente, raggiunse un grande volume, fu ripetutamente punto e furono estratte grandi quantità di liquido. L'inferma aveva 20 anni. Il tumore apparve dopo la soppressione dei mestrui e questa soppressione avvenne poco dopo incominciata la mestruazione. Dopo morte, si trovarono tre grandi tumori dietro la membrana peritoneale — uno composto di una grande cisti, e gli altri due di cisti e di un tessuto fibroso — occupanti le regioni lombare ed ipocondriaca e stendentisi in basso entro la pelvi.

---

[1] *Loc. cit.* p. 223.
[2] *Dubl. Quart. Med. Journ.* Feb. 1867.
[3] *Klin. Vortr.* bd. ii. (da Scanzoni), p. 327.

Un caso alquanto analogo a questo, è quello ricordato da Safford Lee [1] in cui un tumore voluminoso dell'addome esisteva da 25 anni. In ultimo riempì completamente l'addome ed uccise l'inferma. Si trovò che era incominciato dal lato sinistro, immediatamente sotto al pancreas, ma inferiormente al peritoneo, talchè poggiava sulla parete posteriore dell'addome; uno stretto peduncolo lungo sei pollici, della grossezza di un bocciuolo da penna, lo riuniva all'utero. Era pieno di liquido torbido, di masse adipose e di peli e di sostanza calcarea e di una massa contenente denti ed ossa, somigliante molto ad un feto imperfetto. Sembra che in questo caso si sia trattato di «inclusione fetale».

Cisti dell'omento.—Safford Lee riferisce un caso curato dal Dr. A. T. Thompson. L'inferma era stata punta 48 volte. Il tumore cominciò al lato destro dell'addome. Dopo la morte si trovò che il tumore aveva avuto origine nell'omento vicino al pancreas ed era attaccato all'utero con una lunga e sottile porzione, ma era completamente indipendente dalle ovaie. Nella parte superiore della cavità addominale, annessa alla superficie peritoneale, vi era un certo numero di cisti ben definite contenenti un liquido chiaro [2].

Ritenzione del feto incistato. — In alcuni casi, molto rari, il feto, prodotto di una gravidanza estrauterina, muore dopo aver raggiunto un certo periodo di maturità e resta racchiuso in una specie di cisti nell'addome della madre per un tempo che varia da poche settimane a molti anni. La storia di questi casi è necessariamente speciale e caratteristica. La donna afferma che in una data epoca era gravida, che i sintomi della gravidanza procedettero con molta regolarità, che nell'epoca in cui doveva avvenire il parto si manifestarono i dolori e questi, dopo durati un certo tempo, cessarono senza che avvenisse il parto ed il tumore che si sente attraverso le pareti addominali data dal suddetto periodo. La presenza di questa specie di tumore non è incompatibile con un'altra gravidanza ed un felice sgravo, conoscendosi esempii nei quali le donne, partorendo bambini maturi e sani, conservarono nell'addome il corpo mummificato del feto estrauterino. Il tumore in questi casi sta in basso nella pelvi, o almeno in parte e per lo più si può riconoscere con la esplorazione vaginale.

I fibromi, i cancri, o i tumori ossei che partono dalle ossa pelviche verso l'interno possono dar origine a tumori percettibili attraverso le pareti addominali. La solidità di questi tumori, la mancanza di mobilità ed altri segni fisici, rendono facile la diagnosi differenziale fra essi ed altri più comuni tumori pelvici e addominali. Essi sono rarissimi.

Fra le malattie che sopra abbiamo ricordato, cioè l'ingrossamento del fegato, le idatidi di quest'organo, il cancro dei visceri addominali o delle pareti addominali, l'ingrossamento della milza, le cisti ecc. che hanno origine dai reni e dall'utero, i tumori cistici dietro il peritoneo o nell'omento, la ritenzione di feti incistati, i tumori fibrosi od ossei dalle ossa pelviche, alcune sono rarissime, altre sono più comuni. Una sola distensione fra questi tumori e quelli che hanno origine negli organi generativi è importantissima, ed è l'unica su cui generalmente si può contare, cioè, quando il tumore ha origine negli organi generativi l'esplorazione vaginale mostra qualche spostamento o qualche stato anormale dell'utero o fa scovrire un tumore nella pelvi. Questa dimostrazione negativa ha un gran valore.

I tumori dei quali ora dobbiamo occuparci si osservano con maggior frequenza.

Tumori delle trombe falloppiane. — Di questi abbiamo già discorso (veggasi pag. 620). Quando raggiungono un certo volume sono anche percettibili con la esplorazione della regione ipogastrica, e pur quando non hanno un gran volume si possono sentire in questo sito se le pareti addominali sono sottili e non resistenti. I tumori delle trombe falloppiane che oltrepassano la grandezza di una mela sono rari, ma bisogna sapere che *possono* raggiungere un volume tale da confondersi coi tumori ovarici. Il tumore generalmente è allungato o piriforme e mobile e può esservene uno da ogni lato. Il sito ov'esso si sente è im-

---

[1] *On Tumours of the Uterus, etc.* p. 124

[2] *On Tumours of the Uterus, etc.* p. 123.

mediatamente sopra l'inguine, dietro e sotto il legamento di Poupart. La storia del corso del tumore generalmente fa diagnosticare la sua natura fino ad un certo punto. I casi di gravidanza tubarica si diagnosticano molto raramente, tanto più che la rottura della tromba ha luogo prima che si sospetti il menomo male; e se la gravidanza procede fino ad un periodo più tardivo ordinariamente si giudica che si tratta di un caso normale. Non vi sono segni fisici, dai quali un caso di grandissima distensione idropica di una tromba possa con certezza distinguersi da un tumore ovarico. In tal caso la storia dell' inferma forse farà un po' di luce sulla natura delle cose.

Tumori che si osservano più di rado.

b) Che non si possono seguire nella pelvi.

Non è necessario entrare in lunghe discussioni sulla diagnosi dei tumori addominali che non si possono seguire nella pelvi, poichè questo argomento entra appena nei limiti della presente opera. Ci sono, tuttavia, alcuni tumori dell'addome che non si possono seguire nella pelvi e ciò nonostante hanno la loro origine negli organi generativi e dei quali è necessario parlare.

I tumori fibrosi dell'utero talvolta diventano peduncolati ed il peduncolo è tanto allungato che permette grande spostabilità e libertà di movimento. Può essere difficile di poter dire con molta sicurezza se un tale tumore appartenga all'utero od all'ovaia.

I tumori fibrosi dell'utero, quando sporgono dalla sua superficie peritoneale, possono staccarsi dall'organo e restare fissi a qualche parte della parete addominale. Quando sono così fissati e separati dall'utero, la diagnosi della natura di un tale tumore deve essere necessariamente difficile. Sembra che anche l'ovaia possa separarsi dal suo attacco in seguito ad attorcigliamento o stiramento sulla tromba falloppiana, e che possa nello stesso modo attaccarsi a qualche altra parte della parete addominale. L' eventuale separazione di tumori fibrosi dell' ovaia dai loro attacchi normali, è una circostanza sulla quale hanno richiamato l'attenzione Rokitansky [1] e Turner [2].

Un tumore fibroso peduncolato dell' utero potrebbe essere confuso col *rene mobile*, perchè la forma arrotondata o la sensazione di resistenza del tumore si può osservare in entrambi i casi. La diagnosi di un tumore fibroso, distaccato e trapiantato come sopra si è detto, non è tanto facile.

Nei casi in cui l'*omento* è sede di un considerevole deposito di *grasso* qualche volta si prova difficoltà a far la diagnosi. Potrebbe essere difficile determinare se il tumore percettibile, realmente si possa seguire nella pelvi o no a causa della concomitante ordinaria adiposità delle pareti addominali; come abbiamo già detto, questi tumori si possono confondere colla gravidanza.

Un caso eccezionale, che qui dobbiamo ricordare, è la presenza di un tumore costituito da un *feto estrauterino,* e situato in modo da dare a vedere che non si può seguire nella pelvi.

Una difficoltà molto frequente s'incontra nello stabilire se il tumore parta o no dalla pelvi quando i tumori solidi dell' utero o dell'ovaia si accompagnano a considerevolissima ascite. Di questa classe di casi abbiamo già fatto cenno nel trattare della diagnosi delle cause che producono notevole ingrossamento dell'addome, in cui vi ha fluttuazione.

Alcuni casi di *tumore fecale* possono dar origine a difficoltà diagnostiche quando il tumore è situato in basso. Qui si applicano le stesse osservazioni già fatte sulla diagnosi del tumore fecale.

Il *cancro o l'alterazione cistica dell'omento*, che formano un tumore di considerevole volume, possono simulare molto bene un tumore che ha origine nella pelvi. In alcuni di questi casi si è tentata l' ovariotomia. Il mezzo più certo

---

[1] Veggasi, Schmidt's *Jahrb.* vol. cx. pag. 306.
[2] *Edin. Med. Journ.* Feb. 1861. p. 698.

forse per evitare simili errori di diagnosi per l'avvenire è quello d'indicare, come ora è stato fatto da me, la possibilità di questi errori. Se in uno di questi casi sopraggiungesse l'ascite, aumenterebbero le difficoltà. Probabilissimamente si otterrebbero dati soddisfacenti prestando attenzione al modo di sviluppo del tumore.

Sempre che è dubbio se il tumore giunge nella pelvi, è di grande aiuto la storia del caso. Generalmente i tumori di origine ovarica e uterina in uno dei periodi del loro sviluppo danno luogo a quelli che si possono chiamare sintomi pelvici—difficoltà nel defecare e nell'urinare, dolori nelle estremità inferiori ecc., e la mancanza di questi sintomi pelvici starebbe perciò contro la teoria dell'origine pelvica del tumore, benchè da questo solo dato non si potrebbe fare una conclusione definitiva. Noi dobbiamo certamente essere esitanti ad eseguire una ovariotomia in un caso in cui i sintomi pelvici mancarono dal principio fino all'ultimo, a meno che non vi sieno buone ragioni per credere che il tumore sia ovarico.

Tumori che si possono seguire nella pelvi e che si osservano più comunemente.

Cellulite ed ascesso pelvici. — Un tumore che si eleva, talvolta a considerevole distanza, sopra il perimetro pelvico, può essere cagionato da infiammazione che ha origine nel tessuto connettivo pelvico, generalmente consecutiva al parto o all'aborto o a ferite o a maltrattamenti dei visceri pelvici. (Veggasi: « Cellulite pelvica »).

Ematocele periuterino. — Il tumore che ha origine da questo versamento può presentare caratteri somigliantissimi a quelli della cellulite pelvica. La diagnosi è stata trattata nel capitolo sull' « Ematocele periuterino ».

Tumore fecale. — Un tumore prodotto da accumulazioni di feci in qualche sito speciale dell'intestino può estendersi nella pelvi e simulare un tumore che sorga da questa. Un tumore fecale si riconosce per la sua forma irregolare, per la sensazione di pastosità, la risonanza di percussione è ottusa in un punto e chiara in un altro (per la presenza di gas); lo stato delle intestina è anche speciale, essendovi grande stitichezza e oltre a ciò il tumore sparisce, almeno in parte, dopo l'amministrazione di purganti. Il Dr. Walshe fa un'importante osservazione riguardo all'incertezza delle conchiusioni fatte a questo modo. Egli dice che qualche volta le materie solide si attaccano alla parete dell' intestino lasciando un passaggio nel centro; il tumore rimane ed è un tumore fecale, mentre l'inferma ogni giorno evacua materie liquide [1].

I più importanti tumori che si possono seguire nella pelvi debbono ora essere studiati e dobbiamo stabilire se il tumore che si osserva dipenda da

1.° Ingrossamento dell'utero, compresi la gravidanza, i tumori normali ed anormali ecc. di quest'organo.

2.° Tumore ovarico; o

3.° Distensione della vescica.

I tumori dell'addome, dei quali più frequentemente devesi fare una diagnosi, appartengono a questa serie, e i casi che non vi sono inclusi, relativamente parlando sono pochissimi.

Distensione della vescica. — Il tumore prodotto da questa causa è sempre di formazione recente (nei casi non complicati) e data da poco tempo. Un caso molto istruttivo e che dimostra bene la natura delle difficoltà contro cui si può urtare nel determinare questo punto, mi capitò alcuni anni dietro:

Una donna di 46 anni, maritata, madre di un sol figlio di 17 anni, si presentò all'Ospedale con un ingrossamento dell'addome che durava da tre settimane. Le gambe erano

[1] Walshe, *op. cit.* p. 315.

molto edematose, la parete addominale presentava all'esterno linfatici dilatati con grande tumidezza della pelle che covriva le regioni ipogastrica ed inguinale. Vi era un tumore distinto, ben definito, che si elevava dalla pelvi e giungeva tre pollici sopra l'ombelico, non sensibile, duro, resistente, non fluttuante, che a prima vista si faceva prendere per una cisti ovarica. L'esplorazione vaginale era difficile a causa del gran dolore che produceva, le pareti vaginali protuberavano gonfie ed edematose in forma di tumori attraverso l'apertura vulvare. La bocca dell'utero pertanto sentivasi in alto, dietro al pube, ed un tumore rotondo, resistente e duro, occupava la pelvi. Giudicando dalla storia del caso non vi erano dati evidenti di gravidanza. L'inferma affermava di urinar bene anche durante le tre ultime settimane. L'esplorazione vaginale fu così difficile da riuscire poco soddisfacente. A prima vista si sarebbe detto che si trattasse di una cisti ovarica con rapido sviluppo. Fu introdotto il catetere nella vescica ed allora si scovrì che il tumore era costituito da un'enorme distensione della vescica e furono estratti circa tre litri di urina leggermente fetida, dopo di che il tumore sopra il pube, sparì completamente. Coll'esplorazione si riconobbe poi che l'utero era ingrandito, che un grosso fibroma occupava la parete posteriore di quest'organo, che tutto l'utero aveva quasi il volume che ha quand'è gravido fra i tre e i quattro mesi. Un ulteriore studio chiarì alcuni fatti importanti nella storia di questo caso, ma a cui l'inferma non avea accennato prima di esserne specialmente richiesta. Si seppe che tre giorni prima che cominciasse il gonfiore dell'addome era scivolata giù per le scale facendo cinque o sei gradini, sostenendo uno sforzo di cui peraltro non si dette pensiero perchè non le produsse disturbi immediati. Ebbe un po' di difficoltà nell'urinare, ma non rilevante e la ritenzione era stata esclusa giacchè aveva una emissione più o meno costante. La involontaria emissione naturalmente fu abbastanza male interpretata dall'inferma, nè fu ricordata prima che venisse interrogata su questo punto. L'utero si era retroverso, adagiandosi nella concavità sacrale e, premendo e stirando il collo della vescica, produsse la ritenzione.

Le particolarità di questo caso fanno rilevare a sufficienza la natura delle ricerche ed il metodo di esame che si deve fare. Questo caso. che ora abbiamo riferito, è in certo qual modo analogo ad altri che furono descritti. Si potrebbe dire forse che la durata del tumore nel caso sopra riferito (soltanto tre settimane) avrebbe dovuto sciogliere la quistione in senso contrario alla malattia ovarica, ma talvolta si è visto che questa progredisce con estrema rapidità. Kiwisch dice: «Abbiamo visto una cisti del volume di un pugno a quello di una testa di bambino presentarsi nel corso di 14 a 25 ore accompagnata da gravi sintomi locali e generali [1].» Oltre a ciò, nel tener calcolo delle affermazioni delle inferme riguardo alla durata di un determinato stato morboso, camminiamo sempre sopra un terreno incerto. Nel caso suddescritto, p. es., nulla dimostrava che la durata del tumore ipogastrico cominciasse soltanto da tre settimane. Poteva esservi benissimo, quantunqne molto più piccola, fin da qualche tempo prima.

La diagnosi differenziale fra i tumori ovarici ed uterini è trattata a lungo nei capitoli sulle «Malattie ovariche»: ora faremo soltanto poche osservazioni su quest'argomento.

La diagnosi dedotta da un'osservazione dell'addome dev'essere corretta e per così dire verificata con un'osservazione della vagina; un'opinione definitiva sulla natura di qualunque caso si può appena dare, per quanto questo possa apparire chiaro, fondandosi soltanto sui dati ottenuti con l'osservazione dell'addome. Non sono affatto rari gli errori comici o gravi, o dell'uno e dell'altro genere contemporaneamente, quando non si tien conto della norma sopradetta.

---

[1] Traduzione di Clay pag. 112.

Ingrossamento dell'utero. Varie cause di esso, inclusa la gravidanza.

Le cause dell'ingrossamento o tumore dell'utero sono le seguenti: —

Ipertrofia semplice dell'utero.

Gravidanza normale ed anormale.

Polipo e fibromi uterini.

Ritenzione del liquido mestruale o di altra natura nella cavità uterina (ematometra ed idrometra).

Distenzione gassosa dell'utero (fisometra).

Ascesso dell'utero.

Tubercolo dell'utero.

Carcinoma del fondo dell'utero.

Tumore fibrocistico dell'utero.

I meno comuni di questi stati patologici sono gli ultimi enumerati in questa lista. I più comuni e che danno origine a tumore uterino sono la *gravidanza*, *il fibroma*, ed il *polipo fibroso dell'utero*. La maggior parte dei tumori dell'addome di considerevole volume e che sono di natura uterina entrano in una delle tre suddette specie ed in pratica perciò è importantissima la diagnosi differenziale fra di essi. Qui possiamo dire che questa diagnosi differenziale sia di gran lunga più facile fra uno o ciascuno di essi e certi tumori delle ovaie, come ora vedremo.

Distensione dell'utero da liquido.

I casi che entrano in questa categoria sono fra i più importanti che abbiamo a trattare e la loro diagnosi è di grandissima importanza. Se la distensione è molta, il tumore da essa prodotto si riconosce con facilità sul pube ed anche dalla vagina. Quando il tumore è voluminoso ordinariamente vi è la fluttuazione, ma non è un segno di cui possa tenersi grande calcolo. Una sola forma di distensione a cui è soggetto l'utero è quella prodotta dalla *ritenzione del liquido mestruale*, in donne giovani che non hanno avuto mai mestruazione. In quelle che hanno le regole, la ritenzione mestruale può avvenire in seguito ad occlusione della *bocca dell'utero* o *del canale vaginale*, come dopo il parto o per la presenza di tumori nel canale cervicale (Veggasi «Esplorazione dell'utero dalla vagina»). Vi sono casi perciò in cui nell'utero, per varie cause, si formano *raccolte purulente* o in cui l'organo è disteso da un liquido più o meno *sieroso*. Finalmente abbiamo i casi di *gravidanza*, giacchè sebbene normalmente la quantità di liquido nell'utero in tali circostanze non ci dà il diritto di occuparci qui dell'«ingrossamento uterino dovuto alla gravidanza» pure talvolta la copia che l'utero ne presenta, insieme al feto, è notevolissima e talvolta ha potuto anche rendere oscura la diagnosi di gravidanza.

La diagnosi di queste varie forme di distensione dell'utero, si deve fare generalmente dietro uno scrupoloso studio dei fatti concomitanti e della storia del caso.

Quando la donna è gravida, ma *la quantità del liquido amniotico è molto esagerata*, è possibile che a prima vista si presentino alcune difficoltà diagnostiche. Un superficiale studio della storia del caso, del suo corso e dei suoi sintomi faranno subito luce ed i segni della gravidanza rivelati da una esplorazione vaginale ed in altro modo per lo più meneranno a conclusioni positive circa la presenza di questo stato. Talvolta casi di questo genere sono stati resi anche più oscuri dalla presenza di un versamento idropico nella cavità dell'addome.

Gravidanza.

La sensazione del tumore è prodotta dall'utero gravido.—Durante e dopo il quarto mese possiamo sentire l'utero gravido sopra il pube. Fino al quinto mese il tumore così sentito è abbastanza resistente, non sensibile, e dà l'idea di una massa rotonda, levigata. Passato questo periodo il tumore in generale si sente più molle a causa della presenza di liquido nel suo interno secondo la cui quantità varierà la sua mollezza; sovente vi è percettibile una fluttuazione oscura.

Subito dopo il quinto mese dentro al tumore si possono sentire masse o noduli più o meno densi che gradatamente, a misura che questo si sviluppa, si fanno più rilevanti e sono gli arti o altre parti del corpo del feto che possono venire in contatto colla parete uterina. Se, come qualchevolta avviene, la quantità del liquido amniotico è molto scarsa, il tumore uterino si sente ovunque duro e più resistente, ma si debbono ancora scovrire le sporgenze e le depressioni che corrispondono alle irregolarità presentate dalla superficie fetale. Ordinariamente è necessario infossare la punta del dito per scovrire queste sporgenze, ma qualchevolta le pareti addominali ed uterine sono così cedevoli che le membra od altre parti del feto si possono sentire più facilmente applicando la mano.

Quando il tumore uterino non si può sentire sopra il pube per la presenza di grasso, per la resistenza incontrata o per altre cause, vi è una speciale durezza e pienezza della regione suddetta. Allora non bisogna dimenticare che è una cosa importante di far entrare l'inferma in conversazione, mentre ci studiamo di scovrire le note fisiche del tumore. Sarà anche utilissimo di fare inspirare ed espirare molte volte l'inferma e molto profondamente mentre la mano segue subito i movimenti delle pareti addominali. Spesso in tal guisa si può riconoscere un tumore la cui presenza in altro modo sarebbe problematica.

La superficie del tumore costituita dall'utero gravido per lo più è perfettamente levigata.

La scoverta degli arti o di altre parti del feto attraverso le pareti addominali ordinariamente non si può utilizzare come un segno diagnostico di gravidanza se non si arriva all'ultimo periodo nel quale si possono percepire altri dati del pari valevoli. Ma vi sono altri segni di gravidanza che si possono avere in un primo periodo sentendo semplicemente il tumore e che sono di grande importanza, cioè *il sentire i movimenti del feto dentro l'utero*. Spesso durante il quinto mese, ma dopo quest'epoca nella maggior parte dei casi, se si lascia la mano dolcemente sull'addome e sul sospettato tumore e con garbo vi si preme sopra, si sente un colpo brusco, leggiero, ma risoluto, dovuto al movimento del feto. Nei varii casi si sentono con maggiore o minore facilità. La donna può essere incinta senza dubbio e portare un feto vivo, eppure non si scovre il sopradetto segno ma con un poco di pazienza, colle manovre e la pressione, si sentirà il leggiero impulso. Spesso si sente immediatamente applicando la mano e si risente quando, dopo tolta, si riapplica. Questo segno può essere simulato da quella repentina e spasmodica contrazione dei muscoli retti che può essere qualchevolta provocata dall'applicazione della mano nelle donne isteriche, forse anche dai movimenti peristaltici intestinali. La celebre Giovanna Southcott sembra che abbia ingannato i suoi medici contraendo i muscoli retti. Essi credettero che fosse realmente incinta. Si è raccomandato di bagnar la mano nell'acqua fredda per provocare più facilmente i movimenti fetali, ma ciò non è necessario, ed il freddo diminuisce la squisitezza del senso del tatto mentre con molta probabilità suscita contrazioni spasmodiche dei muscoli retti e questi quasi con certezza si ritengono per movimenti fetali (Tanner).

Vi è anche un altro segno di gravidanza che si può trarre dalla palpazione del tumore attraverso le pareti addominali, cioè il rimbalzo ipogastrico o ballottamento. L'inferma si deve situare di fianco o, come raccomanda il Dr. Montgomery, sulle ginocchia « colle spalle depresse sicchè il feto possa gravitare verso il fondo dell'utero, che è anche portato in più completo contatto con le pareti addominali ». Allora le dita si premono contro la parte più declive del tumore con risolutezza, ma dolcemente e poi con grande rapidità si sospende questa pressione; durante quest'ultimo atto si sente il feto cadere sulle dita che si ritirano. Ciò costituisce il ballottamento. È identico al ballottamento interno precedentemente descritto (veggasi pag. 762). Senza mettere l'inferma nella sopradetta posizione, il ballottamento esterno è spesso attuabile quando la gravidanza è molto avanzata; giacendo l'inferma sul dorso, con una sola mano si fa una risoluta pressione sopra un lato dell'utero e dall'altro lato si fa coll'altra mano la manovra sopradetta.

Il valore di questo segno per la gravidanza è grande, ma se l'addome contenesse un tumore solido peduncolato, mobile, insieme a versamento ascitico, si

potrebbe avere la sensazione del ballottamento, ma quello interno, dalla vagina, non può essere così facilmente simulato.

Volume e posizione del tumore costituito dall'utero gravido. — Nelle circostanze ordinarie l'utero alla fine del terzo mese o sul cominciare del quarto è così grande che si può sentire il suo fondo sopra il perimetro pelvico e durante i mesi successivi, se non vi si oppone qualche circostanza anormale, l'organo si eleva progressivamente di più. Al sesto mese il margine superiore del tumore uterino è al livello dell'ombelico; al settimo mese oltrepassa questo punto di due pollici o più ed alla fine dell'ottavo raggiunge la cartilagine ensiforme. Passata quest'epoca, cioè durante il nono mese, benchè il tumore uterino cresca di volume, quest'aumento non si mostra tanto verso l'alto quanto verso i lati e anteriormente e durante l'ultima o le due ultime settimane spesso vi è un reale abbassamento di leggiero grado del tumore (la fig. 196 mostra una non comune posizione dell'utero gravido al sesto mese).

Quanto alla *posizione* del tumore, l'utero a principio e durante i primi due o tre mesi occupa una posizione media, finchè diviene voluminoso e si eleva nell'addome, ma giunto in questo nei due mesi successivi, cioè, per parlare in un senso lato, durante il 5°, il 6°, e parte del 7° mese, generalmente occupa una posizione laterale, giacchè per lo più trovasi sul lato destro dell'addome. Il grado dello spostamento laterale varia nei diversi casi; il tumore può ed è passato inosservato perchè il medico non aveva presente questa deviazione laterale normale (figura 196).

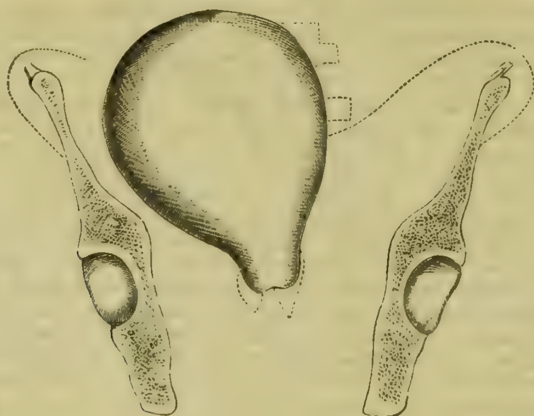


Fig. 196.

La cosa più importante da tener a mente nel decidersi per o contro nna gravidanza, tenuto calcolo soltanto del volume e della posizione del tumore, *è il rapporto che troviamo fra il volume e la durata di esso.* Nella gravidanza vi è un aumento progressivo del volume del tumore.

Possiamo inoltre dare spesso un giudizio molto positivo, negando la gravidanza, dopo di aver fatto la nostra osservazione ed il maggior numero dei casi che ci si presentano sono casi in cui la determinazione di questo sol punto è sufficiente. Così una donna si sospetta incinta, e si sa che, ove sia gravida, la gravidanza deve aver progredito, cioè sei mesi. Esaminando non troviamo assolutamente nessun tumore nell'addome, il quale può essere adiposo e timpanitico; possiamo dire che è impossibile ci sia gravidanza — o almeno che ci sia gravidanza della durata supposta.

In molti casi, furonvi medici—alcuni dei quali di grande reputazione e di gran merito — che furono tratti ad erronee conclusioni circa l'esistenza o no della gravidanza. Spesso l'errore venne commesso per aver fidato sopra le parole dell'inferma, senza aver proceduto ad un esame o avendone fatto uno troppo su-

perficiale. Le relazioni date dalle inferme ed i sintomi che si osservano rassomigliano spesso molto strettamente a quelli della gravidanza; tanto che da molti autori questo stato venne chiamato con un nome speciale « gravidanza spuria » « pseudociesi » (Good); e i sintomi che si presentano in queste circostanze possono essere tali da ingannare anche inferme che hanno acquistata una grande esperienza della gestazione. Si troveranno descrizioni di questi casi nelle recentissime opere di Montgomery, Tauner ecc. L'unica regola da seguirsi e che ci può salvare da errori è di non considerare mai la diagnosi come realmente stabilita, a meno che non si scoprano segni fisici che possano aver relazione con la gravidanza. Quali sieno questi segni s'indicherà col debito ordine. Le suddette osservazioni si applicano ai casi ordinarii; tuttavia ricorderemo qui alcuni dei più importanti fra gli eccezionali, nei quali le deduzioni, tratte secondo dicemmo, possono risultare fallaci.

Così, per esempio, ad una donna cessa la mestruazione; per tre mesi questa non riappare; alla fine dei tre mesi essa diventa gravida, e dopo altri tre mesi essa informa il suo medico di essere certamente incinta a sei mesi. Si fa un esame, ma non si scopre nessun tumore sopra il pube e si emette l'erronea opinione che la donna s'inganna e che essa non può essere incinta. I casi di questo genere non sono molto rari. Un altro esempio è quello in cui una donna diventa gravida, il feto muore (dell'età per es. di tre mesi), ma non è espulso. Siccome il ventre non cresce di volume, può darsi si supponga che non è affatto gravida. Questo caso però, non è frequente. Un altro è quello in cui l'utero gravido cresce con rapidità straordinaria, in modo che si trova il tumore uterino molto più grande di quel che dovrebbe essere stando alle relazioni della inferma ed alla anamnesi. Tali sono qualchevolta i casi di gravidanza *idatiforme* dei quali il seguente è molto istruttivo :

La donna, di 28 anni, era maritata da tre mesi, fu ammalata la settimana precedente al matrimonio. Tre settimane prima che io la vedessi, essa aveva fatto uno sforzo nel superare una barriera e da questo fatto in poi c'era stata una leggiera perdita. Per quindici giorni era stata curata come se fosse minacciata da un imminente aborto. Il giorno prima ch'io la visitassi avvenne una grave emorragia in seguito alla quale io venni subito chiamato. A prima vista fui sorpreso dalla grossezza dell'addome; un tumore, evidentemente l'utero, si estendeva di due pollici sopra l'ombelico. La prima impressione mia fu che la gravidanza datasse da un tempo maggiore di quello indicatomi di tre mesi. Introducendo il dito e poi la mano entro la bocca dell'utero, trovai l'utero disteso da una massa sufficiente a riempire per metà un bacile da lavarsi e composta di un uovo che avea subita la degenerazione idatidea [1].

Le particolarità di questo caso confermano le osservazioni di Montgomery ed altri autori, che in questa speciale malattia si può avere un aumento straordinariamente rapido del volume dell'utero, un grado d'ingrandimento che non si osserva nella gravidanza ordinaria. Il Dr. Moorhead ha riferito un caso somigliante per molti rispetti al sopradescritto [2].

In casi di *retroversione dell'utero gravido* (veggasi fig. 197) la diagnosi può essere esposta ad errore sebbene altre circostanze guidino ordinariamente alla scoperta della vera natura del caso. Il tumore che dovrebbesi trovare sopra il pube manca, ma esso è generalmente sostituito da un altro, cioè la vescica dilatata. Ed è possibilissimo che l'osservatore, trovando sopra il pube un tumore, che corrisponde per la forma, il volume e la posizione al tumore che egli si aspettava di trovare in quel punto, sia indotto a commettere un grave errore di diagnosi. Però la difficoltà dell'urinare, il dolore estremo e la tensione nella pelvi e gli altri sintomi che si osservano comunemente, attireranno in generale l'attenzione e indicheranno, se non altro, che c'è qualchecosa di insolito. L'esame vaginale ci condurrà d'un tratto a spiegare la natura del caso.

---

[1] Questo caso è riportato più diffusamente nel *Lancet*, vol. ii. p. 369, 1862.
[2] *Lancet*, vol. i. Feb. 21, 1863.

Per ultimo dobbiamo notare i casi in cui c'è *gravidanza estrauterina.* Questi non sono molto comuni, ma i sintomi che si osservano in tali circostanze sono tali da portare più o meno oscurità sulla diagnosi. Il caso più comune è quello generalmente conosciuto per gravidanza Falloppiana, in cui il feto è racchiuso in una delle trombe. I meno frequenti son quelli in cui il feto si è sviluppato nella cavità addominale. Il tumore che si presenta al tatto in questi casi può essere situato nella linea mediana, ma più spesso trovasi da un lato. In generale c'è poco di caratteristico nel tumore stesso, che ci permetta di di-

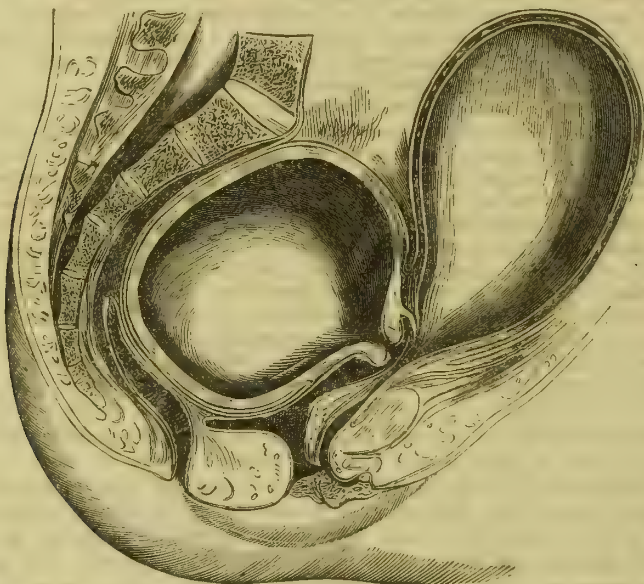


Fig. 197.

stinguerlo dalla gravidanza normale, a meno che la natura sua non sia sospettata e non ci si ponga perciò un' attenzione speciale a riconoscerlo. Però i sintomi che l'accompagnano di solito sono speciali e dobbiamo tenerne conto perchè ci aiutino nel formulare la diagnosi. Ciò che accade più spesso è che uno degli esiti della gravidanza anormale abbia luogo prima che si sia fatta la diagnosi. Questi esiti sono diversi. Il feto può raggiungere il suo pieno sviluppo, poi morire e restare nell' addome, oppure può uscire dalla cavità in cui è racchiuso (sia la tromba, sia una cisti) e cadere nell'addome, prima di arrivare al suo completo sviluppo, producendo una terribile emorragia nell'addome e da questa la morte della madre. O, non morendo la madre, il feto diviene encistico e rimane chiuso nella cavità addominale. Quando il feto è in questa, sua sede primaria o secondaria, vi può rimanere per molti anni, non dando luogo ad inconvenienti speciali; ovvero, dopo un tempo variabile, si può stabilire un processo suppurativo nel corso del quale i residui del feto sono espulsi attraverso un'apertura fistolosa delle pareti addominali, passando nel canale intestinale o nella vescica.

Una donna che ha gravidanza estrauterina fino ad un periodo abbastanza avanzato della stessa può non presentare sintomi di carattere insolito. Questi pero si possono manifestare in un periodo molto più precoce e ciò a causa, almeno in parte, della situazione del feto. Il sintomo che in alcuni casi per il primo richiama l'attenzione è quello che l'inferma, benchè supposta incinta, ha quelli che essa ritiene scoli catameniali. Le perdite che si presentano in una donna incinta ci devono spingere a studiare il caso più minutamente. Uno dei sintomi

che più spesso si osservano nella gravidanza estrauterina, sono i dolori pelvici stiranti, lancinanti, e l' addome spesso è sensibile al tatto. Questi sintomi però non hanno gran valore, giacchè le inferme che hanno gravidanza normale non di rado li presentano anch'esse. Se si esaminano per la vagina ordinariamente troviamo che la bocca dell' utero presenta le note che ha nella gravidanza normale. La sonda naturalmente ci farà conoscere se la cavità uterina è vuota o no, però nell' adoperarla a scopo diagnostico potremo essere sicuri di non recar danno soltanto quando è assolutamente certo che l'utero non contenga un ovulo. In pratica la sonda è di poca utilità per la diagnosi.

Stato della pelle che covre l'addome e stato dell'ombelico. — Varie particolarità relative allo stato della pelle che covre l'addome e allo stato dell'ombelico hanno un significato ed un valore diagnostico.

La più importante particolarità è un cangiamento osservato nel maggior numero dei casi di gravidanza. Si vede « una linea colorata, larga circa 1/4 di pollice che generalmente si estende dal pube all' ombelico, ma non di rado da questo punto alla cartilagine ensiforme. La sua tinta è una gradazione del bruno, ma talvolta ha del giallastro di ocra e qualche altra volta giunge all'ambra scura » (Montgomery). Spesso intorno all'ombelico trovasi un disco oscuro che il Dr. Montgomery chiama « areola ombelicale ». Tanto la linea quanto questa areola possono esservi contemporaneamente, ma quest'ultima dal Dr. Montgomery è ritenuta di maggior valore della linea come indizio di gravidanza. Questi cangiamenti della pelle sopra e dintorno all'ombelico, non si trovano in tutti i casi di gravidanza; non si trovano egualmente sviluppati nelle diverse donne durante lo stesso periodo della gravidanza; sono rilevantissimi nelle donne brune e come segno diagnostico vi si può contar meno in una seconda che in una prima gravidanza. Il medico però deve badare che fino a quando non ha realmente imparato a conoscere quest'alterazione di colore, dovuta alla gravidanza, osservando alcuni casi non dubbii, non sarà in grado di valersi di questo mezzo diagnostico.

Ascoltazione dell' addome. — Nell' ascoltazione abbiamo un mezzo di diagnosi, riguardo ai casi di sospettata gravidanza, che ha il massimo valore ed importanza possibile. Ogni studente di medicina dovrebbe prepararsi diligentemente per far uso di questi mezzi di diagnosi e metterli in pratica in tutte le circostanze.

Ora è necessario di enumerare i suoni che si possono sentire coll'ascoltazione dell'addome — 1) nelle circostanze ordinarie; 2) quando c'è gravidanza; e fa d'uopo indicare il valore dei suoni uditi in questo secondo caso come segno diagnostico della gravidanza e indicare come si possa sbagliare e quali errori sia facile di commettere.

Si preferirà lo stetoscopio all'applicazione diretta dell'orecchio sulle pareti addominali. L'addome dev'essere interamente scoperto, benchè un osservatore pratico possa permettere che sia steso un sottilissimo fazzoletto, quando lo creda necessario. L' inferma deve stare sdraiata e le pareti addominali resteranno rilasciate ordinando all' inferma di rialzare le ginocchia. L'osservatore, stando al lato destro della inferma, terrà lo stetoscopio nella mano sinistra, fortemente impugnato vicino all'estremità che dev'essere applicata sull'addome. Poi con sicurezza, dolcemente, ma solidamente, l'istrumento verrà applicato al punto che devesi esaminare ed ivi mantenuto mentre si avvicina l'orecchio. Quando l'addome è teso, sarà spesso impossibile sentire il cuore del feto senza che si abbiano tutte queste precauzioni ed infatti è talvolta necessario di premere l' estremità dello stetoscopio verso l' interno ad una considerevole profondità, per ottenere lo scopo desiderato. Ciò succede specialmente quando c' è una certa quantità di liquido amniotico nell' utero, quando c' è qualche liquido nell' addome sopra il tumore che devesi esplorare, quando le intestina sono interposte o quando le pareti addominali sono straordinariamente ricoverte di adipe. Se lo stetoscopio non sarà tenuto come dicemmo, esso potrà girare sulla superficie uterina e spostarsi. L' impiego di una forza repentina è molto riprovevole, la pressione all' indentro, quando sia necessaria, dev' essere dolce e graduale. L' ascoltazione devesi fare in una camera ove non si odano rumori.

I suoni che si possono udire applicando lo stetoscopio sull'addome di una donna

che non è gravida, possono essere confusi con quelli dovuti specialmente alla gravidanza e viceversa. I principali sono: — *a*) Suoni prodotti dal passaggio di gas da una parte all'altra dell'intestino; — *b*) suoni dovuti alla pulsazione del cuore; — *c*) suoni dovuti alla pulsazione dei grandi vasi nell'addome, negli aneurismi dell'addome ecc.; — *d*) suoni dipendenti dalla respirazione. Ora, circa i primi un piccolissimo esercizio preparerà l'osservatore a riconoscerli. Circa i secondi è necessario notare alcuni fatti importanti. Si è qualchevolta trovato che i battiti del cuore della madre si udivano molto bene nelle parti basse dell'addome e si ricordano casi in cui le pulsazioni del cuore, che batteva con insolita celerità (p. es. 120-130) e si udiva nelle vicinanze dell'ombelico, sono state prese per pulsazioni fetali. Questo fatto dimostra la necessità di contare le pulsazioni dell'inferma prima di ascoltarla. I suoni dipendenti dai grandi vasi ecc. dell'addome non li descriveremo adesso perchè saranno considerati più diffusamente in appresso. Infine i suoni prodotti dalla respirazione dell'inferma sono in rari casi trasmessi a questa parte dell'addome che più probabilmente sarà esaminata nei casi di sospettata gravidanza.

Occupiamoci ora dei toni cardiaci nella gravidanza. Vi sono — *a*) Toni prodotti dalla pulsazione del cuore fetale; *b*) Soffio placentare o uterino—*c*) Toni dovuti a pulsazione nel funicello accidentalmente compresso — soffio funicolare; *d*) toni dovuti ai movimenti del feto. Dobbiamo descrivere separatamente ciascuno di essi.

a) *Toni del cuore fetale.* — Se la gravidanza è avanzata al settimo od ottavo mese e le condizioni speciali dell'inferma sono le ordinarie, il cuore del feto per lo più si ode battere sovra uno spazio che abbraccia tre o quattro pollici quadrati della superficie addominale; il quale spazio sta a sinistra dell'ombelico ed un po' sotto di esso. Se si ascolta nel primissimo momento in cui è possibile percepirlo, lo stetoscopio si deve applicare sulla linea mediana immediatamente sotto al pube: a misura che la gravidanza s'inoltra il punto della massima intensità del battito del cuore deve spostarsi in alto a sinistra. Generalmente parlando, quando la gravidanza è molto avanzata, il feto giace col capo in basso, il dorso al lato sinistro ed attraverso il dorso del feto, che, comprimendo lo stetoscopio si porta a contatto della parete uterina e questa con la parete addominale, si trasmettono i battiti del cuore del feto per raggiungere l'orecchio dell'osservatore. Se il feto occupa nell'utero una posizione diversa, se il dorso è rivolto al lato destro — posizione che dopo la precedente è la più comune — il battito del cuore si ode sotto e a destra dell'ombelico. Se il feto è situato in modo che le natiche stieno molto in basso nella pelvi, il battito cardiaco si udirà a destra o a sinistra dell'ombelico secondo le circostanze, ma *sopra* di esso, supposto che la gravidanza sia molto avanzata. In quel periodo in cui l'utero giace da un lato dello addome il sito in cui si deve udire il cuore fetale varierà in modo corrispondente.

Il tono cardiaco percepito con lo stetoscopio somiglia a quello del cuore di un bambino, ma in proporzioni minime, è un doppio tono o piuttosto una successione di un paio di toni di cui l'uno segue rapidamente l'altro. Questi toni « generalmente hanno ricevuto il nome di tic-tac per la loro somiglianza con quelli di un orologio » (Montgomery). È appena possibile confondere questo tono speciale con qualunque altra cosa e viceversa: esso è caratteristico. La sua forza e intensità sono variabili; è molto debole quando si ode per la prima volta ed acquista forza a misura che la gravidanza procede, ma la *rapidità* del battito del cuore fetale resta quasi sempre la stessa fino all'epoca del parto e questo fatto è stato confermato dalle osservazioni di parecchi eminenti ostetrici abituati all'ascoltazione. La media delle pulsazioni fetali, secondo Hüter [1] il quale ha fatto 1195 osservazioni di questo genere, è di 132. Nel 10 per cento dei casi da lui osservati salì a 144. Nell' 83 per cento a 132, nel 7 per cento a 120, e la cifra più alta si ebbe per la presenza, nella maggior parte dei casi, di un elemento che modificava il fenomeno, cioè i movimenti del feto. Qui possiamo ricordare che nella pratica è convenientissimo seguire il metodo di Schwartz

---

[1] *Monatsschrift für Geburtsk.* Sup. vol. for 1861.

per contare le pulsazioni del feto, cioè computare il numero dei battiti in *cinque* successivi secondi invece di seguire il metodo ordinario di contarli in quindici secondi. L'ordinario numero dei battiti del cuore del feto è di 11 in cinque secondi che può salire a 12 o scendere a 10 in casi eccezionali. Secondo Montgomery le pulsazioni « variano da 120 a 160, ma i limiti generalmente oscillano fra 130 e 150 ». Queste cifre in realtà non differiscono da quelle più recenti di Hüter. La media della frequenza è modificata da certe circostanze come già avevano detto altri osservatori, ma Hüter dà su questo punto indicazioni più precise; le conclusioni a cui è giunto sono che ordinariamente le oscillazioni nel polso della madre non hanno influenza su quello del feto e che quando la madre è attaccata da grave malattia infiammativa la frequenza del polso fetale può aumentare permanentemente; che i movimenti del feto accelerano sempre il polso fetale, ma questo acceleramento è transitorio. Frankenhaüser divulgò la teoria che la frequenza varia secondo il sesso del feto, che il polso fetale ha una media bassa, quando il feto è maschio, ed alta quand' è femmina; per i maschi la media è di 124, per le femmine di 144. La verità di queste conchiusioni è stata sottoposta a prova da Breslau, Hennig, Haake, e Steinbach, da ciascuno per conto suo, e le loro osservazioni, fatte su vasta scala, non confermano questa teoria. Molte circostanze possono modificare la frequenza del battito del cuore fetale e se anche la teoria di Frankenhaüser in complesso fosse esatta, nei casi speciali i risultati sarebbero alterati dalle circostanze suddette [1].

Il periodo della gravidanza in cui il cuore fetale si può udire, in pratica ordinariamente è il *quinto mese*. Se l' osservatore ha esperienza e le circostanze sono favorevoli si può cogliere questo segno anche prima. Depaul lo ascoltò a undici settimane e quattro giorni dopo il concepimento — cioè, verso la fine del quarto mese. Dopo che è stato udito una volta in un dato caso può darsi che si oda fino alla fine della gravidanza. Hüter dice che egli sempre ha udito i battiti del cuore fetale al sesto mese, quando però il feto non era morto. Depaul e Jacquemier in 906 casi soltanto otto volte non l'udirono, ma in sei di questi il feto era morto.

Il valore dei toni del cuore fetale come segno di gravidanza è il più sicuro ed il migliore e per un osservatore pratico nell' ascoltazione ostetrica e che conosce le cause di errore che bisogna evitare, è un segno di gravidanza assolutamente certo. Ma la mancanza dei toni o l' imperizia dell'osservatore a udirli non sempre sono una prova che la donna non è gravida, il feto può essere morto; il valore di quest'osservazione è relativo esclusivamente all'abilità del medico. In un caso in cui si trova difficoltà ad udire il tono del cuore, è bene andar in cerca di una parte dura del tumore ed applicarvi lo stetoscopio; ma, ripeto, la sola pratica farà eliminare tutte le difficoltà. Se l'addome contiene evidentemente liquido, oltre il tumore che sospettiamo costituito dall'utero gravido, bisogna essere cauti nell'applicare sovr'esso lo stetoscopio. Se la quantità del liquido amniotico è maggiore del solito, possiamo udire il cuore fetale solo dopo un'attenta e prolungata ricerca ed allora siamo esposti ad errori. Quando si ode il battito del cuore fetale, questo è un indizio certo di gravidanza; quando non si ode dobbiamo fare la diagnosi sopra altri dati.

b) Soffio uterino. — Quest'è un rumore sincrono al polso materno, la cui frequenza varia secondo il polso della madre. Ordinariamente, e molto a proposito, si paragona al rumore prodotto soffiando leggermente nella bocca di una bottiglia a largo collo; ma rassomiglia più al suono udito sulle grandi arterie del corpo quando queste si sottopongono a pressione. Il soffio uterino si sente più generalmente nell'una o nell' altra regione inguinale, in un periodo avanzato della gravidanza, ma più spesso secondo Montgomery, sul punto ov'è la tromba falloppiana destra. Il sito ove si ode, pertanto, è variabile e qualchevolta si percepisce al livello del fondo dell'utero. Ordinariamente la superficie in cui si può udire è limitata ad uno spazio di pochi pollici di diametro, o meno; non sempre si ode, talchè Naegele trovò che mancava 29 volte su 600 casi. Sia che

---

[1] Le osservazioni su quest' importante argomento e sopra riferite si trovano nei volumi del *Monatsschr. für Geburtsk.* per gli anni 1859, 1860 e 1861.

si produca nell'utero gravido, sia col mezzo di esso, può essere ben simulato in circostanze del tutto diverse. Si può scovrire in un periodo della gravidanza un po' più precoce di quello in cui si odono i battiti del cuore fetale. Quanto al valore del soffio uterino come segno possibile di gravidanza, se ne può tenere serio conto solo quando l'osservatore è abile.

c) *Soffio funicolare.* — I rari casi, in cui il funicello giace sopra una parte solida del feto e si frappone tra esso e lo stetoscopio, si ode un soffio *doppio* che ha la frequenza del battito del cuore fetale. Questa spiegazione, che è quella di Kennedy, è la sola più generalmente accettata. È un segno che ha poco valore pratico per la sua rarità e perchè si ode accidentalmente.

d) *Rumore prodotto dai movimenti del feto.* — Esso, come segno di gravidanza, ha richiamato un poco l'attenzione, perchè Naegele, suo scovritore, accertò che potevasi udire per il primo in un periodo molto precoce della gravidanza, nel terzo mese, prima che si potessero percepire altri segni con l'ascoltazione e prima di altri segni di diverso genere più o meno importanti. Depaul, che ha scritto un'opera quasi completa sul soggetto, conferma l'opinione di Naegele. Questo rumore è alquanto ottuso, accompagnato da leggiero o subitaneo impulso ed è il rumore del movimento che si può sentire colle dita, come abbiamo già detto a pag. 785. Depaul l'udì 9 volte in 12 donne che non avevano passata la dodicesima settimana di gravidanza.

Il valore di questo segno si può dedurre da ciò che abbiamo detto. Un osservatore esperto può così conoscere molto presto se vi ha gravidanza. Uno poco esperto nell'ascoltazione ostetrica deve aspettare che si rivelino segni più positivi e certi prima di dare un'opinione.

Finalmente, riguardo a tutti i segni che si possono trarre dalla ascoltazione si sarà potuto dedurre da quanto abbiamo detto che i toni del cuore fetale, e solo essi, meritano una certa fiducia nella diagnosi dei casi comuni. Se l'osservatore non è molto provetto, l'ascoltazione è inutile quando la donna non ha oltrepassato le tredici o quattordici settimane. Passato il quarto mese, l'ascoltazione acquista moltissimo valore pratico.

Altri segni confermativi della gravidanza.

Alterazioni nel colore della vagina. — Un'importantissima alterazione del colore della mucosa vaginale si osserva ordinariamente *nelle donne gravide* e questa alterazione è un segno importante di gravidanza.

Dobbiamo a Kluge e Jacquemier la conoscenza di questo segno. Le affermazioni di questi autori sono state confermate da numerose osservazioni di Montgomery [1]. La gradazione del colore della mucosa vaginale è una *tinta livida*, *scura* « completamente diversa da quella che si nota nella congestione vasale ordinaria, pur quando è intensa o quando vi sono vene varicose » e non può essere simulata da qualsiasi altra congestione. L'alterazione di colore ha luogo nella mucosa del lato interno delle ninfe vicino all'orifizio dell'uretra e alla clitoride e diviene più rilevante a misura che si va in alto verso la parte superiore della vagina e la bocca dell'utero. In questi siti è evidentissima. Le emorroidi non producono questo colore della vagina. Il Dr. Montgomery non ha visto casi in cui fosse evidente nei primi due mesi, spesso non era completa fino al quarto o quinto e talvolta era appena percettibile, ma non ha visto un sol caso in cui la sua perfetta manifestazione, come si osserva nella gravidanza normale, fosse simulata da qualsiasi altro stato dell'organismo [2].

La mancanza della tinta scura, livida di cui parlammo non indica con sicurezza l'assenza della gravidanza, ma quando essa c'è ed è molto accentuata, costituisce un segno che può giovarci anche ad un periodo precoce della gestazione.

Stato delle mammelle. — L'esame delle mammelle ci fornisce dati importantissimi per la diagnosi di certe condizioni o di certe malattie. Nei casi di gra-

---

[1] *Signs and Symptoms of Pregnancy.* 2nd ed. p. 239.
[2] *Loc. cit.* p. 244.

vidanza sospetta, l'apparenza di questi organi ci dà, non di rado, argomenti decisivi, pro o contro le fatte supposizioni; sempre ammesso che il medico sia ben pratico ed abbia tale dimestichezza coi cambiamenti che la gravidanza produce in questi organi da poter distinguerli e dare ad ognuno di essi il valore che merita riguardo al caso che egli sta esaminando. Questa dimestichezza non si acquista che con la pratica e con accurate osservazioni.

I cambiamenti che si osservano nelle mammelle si possono considerare sotto due aspetti. Alterazioni, cioè, nel volume e nella struttura delle mammelle ed alterazioni che si possono solamente riconoscere colla vista.

1.° *Alterazioni nel volume e nella struttura.* — Un semplice ingrandimento del seno non dev'essere considerato come un segno di gravidanza. Di solito, le mammelle crescono di volume durante la gestazione e generalmente cominciano ad aumentare molto presto: ma molte altre cause possono produrre un ingrossamento delle glandole, per esempio, *l'adipe.* In questo caso le poppe appaiono più cadenti, e, ciò che importa notare, sono più molli al tatto che nella gravidanza, giacchè l'ingrandimento dipende evidentemente dal deposito di una materia cedevole, molle, elastica (grasso) dentro le glandole, intorno ad esse e sotto la pelle che le ricopre. Nell'ingrandimento dovuto alla gravidanza al tatto si prova l'impressione di masse dure, nodose, abbastanza ben definite (i lobuli e le glandole) sotto la pelle e situate in modo simmetrico intorno ad un centro comune. Il medico deve essere padrone della anatomia normale delle glandole mammarie, se no non potrà riconoscere od apprezzare come si deve i caratteri sopracitati. In un seno semplicemente adiposo l'ingrandimento è principalmente costituito da elementi molli, ed uniformi; i lobuli della glandola si possono ancora distinguere col tatto, ma sono proporzionatamente piccoli rispetto a quelli che si osservano in altre circostanze. Un aumento del volume delle mammelle, prodotto dal grasso, forse ha luogo nelle donne, nell'età critica e l'irregolarità o mancanza delle mestruazioni, il dolore alle mammelle, mentre contemporaneamente l'addome è divenuto più ampio, spesso nella suddetta età fanno credere alle donne che sieno incinte.

L'ingrossamento delle mammelle talvolta è una semplice conseguenza del matrimonio; le glandole divengono tumide, dolorose e più nodose del solito e col fatto i cangiamenti osservati rassomigliano alquanto a quelli che si manifestano nella gravidanza. Il turgore è però temporaneo; dopo pochi giorni finisce o, se continua, non si osservano ulteriori cangiamenti nella pelle che circonda i capezzoli e che accompagnano la gravidanza e che ora descriveremo. Un leggero ingrossamento delle mammelle sovente si nota nei periodi mestruali in circostanze ordinarie; in questo caso, negli intervalli fra una mestruazione e l'altra, le mammelle ritornano al loro volume normale. La cessazione temporanea dei catameni molto spesso è accompagnata da ingrossamento delle mammelle.

Qualunque cosa che mena alla distensione dell' utero può produrre turgore del seno. La presenza di tumori ovarici sovente si accompagna ad ingrossamento di questo.

Non sempre avviene che quando l'inferma è gravida le mammelle s'ingrossino, sicchè non possiamo tener conto di questo segno nè in senso positivo, nè in senso negativo.

2.° *Cangiamenti del capezzolo.* — Una sola alterazione principale nel capezzolo, percettibile colla vista, è prodotta dalla gravidanza, ed è un aumento del suo volume. Esso è più colorito e vascolare e più scuro di prima [1] e verso la fine della gravidanza la sua tinta può divenire molto scura e somigliare a quella della pelle circostante, che ora indicheremo. L'apice del capezzolo durante l'ultima metà della gravidanza ordinariamente è più o meno squamoso a causa di una leggiera essudazione che disseccandosi lascia delle squamette. Il più importante fatto diagnostico riguardante il capezzolo è la possibilità o no di ottenerne una secrezione; del preciso valore di quest'ultimo segno parleremo ora particolarmente.

---

[1] '. . . . crassescit papilla, inflata videtur, color ejusdem fit obscurior, simili colore distinguitur discus ambiens'. Roederer, *Elem. Art. Obst.*

Per determinare in un dato caso se in realtà vi è una secrezione o manca è necessario manovrare in un modo speciale, molto noto, sicchè è inutile descriverlo, in tal modo la materia segregata si spinge all'esterno dai recessi della glandola e sgorga dagli orificii dei dotti che stanno sul capezzolo. Il latte della donna è un liquido d'aspetto sieroso, quasi trasparente, che non somiglia al latte delle vacche, la presenza di una secrezione lattea nelle mammelle è un segno che ha valore per la gravidanza, ma non è affatto un segno certo di questa. Si ricordano casi in cui giovanette aveano queste secrezioni del tutto indipendenti dalla gravidanza. Montgomery riferisce tre casi notissimi di questo genere; in uno, quello di Baudelocque, trattavasi di una fanciulla di solo 8 anni. Anche le donne di età avanzata hanno talvolta una secrezione mammaria e ciò non deve stupire quando troviamo indisputabilmente dimostrato che in certe circostanze le mammelle di individui di sesso maschile hanno segregato un liquido completamente simile al latte. Oltre a ciò è da notare che donne le quali hanno partorito uno o più figli, non di raro continuano a segregare latte per un tempo molto considerevole. Alcune volte per molti anni e perciò, se una donna ha avuto figli, la presenza di latte nelle mammelle ha pochissimo valore come segno di gravidanza. Il Dr. Tanner dice che la presenza di latte denota che vi ha gravidanza alla nona o decima settimana ed egli ritiene che la presenza di una secrezione, che al microscopio fa vedere i globuli lattei caratteristici insieme a molte particelle adipose ed a granuli di colostro, sia un precoce e valevole segno di gravidanza in una donna che non ha mai partorito [1].

3.° *Cangiamenti nell'areola.*— I cangiamenti che si possono osservare nell'areola sono importantissimi. William Hunter e più recentemente Montgomery ed Earle hanno attribuito un gran valore a questi cangiamenti come segno di gravidanza. Intorno al capezzolo vi è una stretta fascia tegumentaria di struttura delicata che rassomiglia molto alla superficie del capezzolo stesso ed ha un'ampiezza variabile secondo i casi. Essa è l'areola. Quando ha luogo la gravidanza, l'areola si fa più larga, il suo colore si altera, presenta alla sua superficie certe protuberanze che prima non si osservavano, almeno così accentuate come in questo momento e si modifica anche sotto altri aspetti. Il valore di questi cangiamenti areolari è indubitabile, ma dalle osservazioni e dai fatti che son venuti a mia conoscenza sembra che l'areola, indipendentemente dalla gravidanza, nelle donne che abusano del coito, possa subire cangiamenti che rassomigliano molto a quelli prodotti dalla gravidanza.

Un cangiamento osservato ed a cui Montgomery ha rivolto specialmente l'attenzione «è uno stato di mollezza umida del tegumento, che sembra alquanto rilevato sulla pelle circostante ed in uno stato di turgore» [2]. Questo cangiamento si può osservare sin dalla fine del secondo mese ed ha un maggior valore diagnostico quando trattasi di primipara.

Il fatto che il *colore* dell'areola diviene più fosco è notissimo ed il grado di questa modificazione varia nelle diverse donne. In quelle che hanno capelli chiari può essere leggiero, ma in quelle che hanno capelli oscuri è spesso molto accentuato ed intenso, ed in tali casi l'areola, alla fine della gravidanza, presenta una tinta quasi completamente nera. Durante i primi due mesi è evidente una lieve alterazione di colore; ma al terzo mese, nella maggior parte dei casi, la tinta diviene sensibilmente più scura. Al quinto mese per lo più è rilevante e si accentua continuamente da quest'epoca fino alla fine della gravidanza. Nell'opera di Montgomery si trovano alcune belle ed esatte figure dell'areola al terzo, al quinto, al settimo e al nono mese. Vi si trova rappresentata anche l'areola di un'albina. Un'areola di colore oscuro, in una donna che ha avuto figli, massime se ha la pelle bruna, non ha un gran valore diagnostico per la gravidanza, ma ha un grande valore se si accompagna ad altri cangiamenti.

La *grandezza* dell'areola varia secondo le diverse donne. L'areola può avere soltanto un quarto di pollice di larghezza e può avere anche un diametro di tre

---

[1] *Op. cit.* p. 63.
[2] *Op. cit.* p. 105.

pollici. Quand'è molto scura, ordinariamente è anche molto ampia. La cosa che devesi osservare è l'*aumento* di ampiezza dell'areola; « . . . . *discus ambiens qui in latitudinem majorem espanditur* » (Roederer); e questo, quando vi sono altri segni concomitanti, indica la gravidanza. Coll'avanzarsi di questa, aumenta la larghezza dell' areola. In rari casi, alla fine della gravidanza, si può trovare l'areola che non è più larga di un quarto di pollice e perciò la mancanza di una grande areola non indica in modo positivo che la donna non è gravida.

Glandole o follicoli areolari.— Il più importante, caratteristico e comune cangiamento che si può osservare nell'areola, prodotto dalla gravidanza, consiste nella formazione di piccole sporgenze glandolari che si elevano dalla superficie del tegumento che covre l'areola, non dissimili per grandezza e forma dalla testa di uno spillo e ben descritti da Roederer nella sua celebre opera colle seguenti parole: « *Discus ambiens. . . . parvisque eminentiis, quasi totidem papillulis, tegitur*». Queste piccole protuberanze si sono chiamate capezzoli in miniatura; Morgagni scovrì dei dotti lattiferi che si portano a ciascuna delle suddette piccole protuberanze e si è detto che si è osservato in circostanze favorevoli uscire liquido latteo da questi dotti. Le piccole protuberanze si cominciano a mostrare alla fine del secondo mese, dopo del quale crescono di numero ed anche di volume. Esse sono più strettamente stipate intorno al capezzolo; sono generalmente in



Fig. 198 [1].

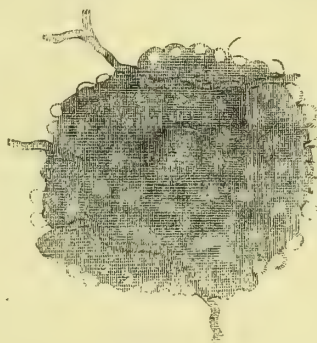


Fig. 199 [2].

numero di dodici a venti e le sporgenze che fanno sono percettibili colla vista e col tatto.

Vi è un altro punto di una certa importanza. Le piccole protuberanze prodotte dalle glandole areolari spesso restano e non scompaiono dopo che la gravidanza e l'allattazione sono terminate. In un sol caso io chiaramente distinsi glandole areolari in una signora la quale non aveva avuto figli o dato latte da cinque anni. Perciò la semplice presenza di queste glandole areolari, secondo me, non si può ritenere come un segno assoluto di gravidanza in una donna che ha avuto figli. Come segno percettibile in un periodo molto precoce, come segno che troviamo fra tutti più costantemente, la presenza e *lo sviluppo durante le nostre osservazioni* delle glandole o follicoli areolari sono pertanto del più grande aiuto pratico nelle diagnosi della gravidanza.

Areola secondaria. — Questo nome si applica ad un cangiamento dell'areola che ha un carattere speciale. Secondo Montgomery al quinto mese, non prima, si osservano numerose piastre rotonde o piccole superficie maculate, di color biancastro, disseminate alla parte esterna dell' areola e per circa un pollice e più all' intorno danno alla parte un aspetto tale come se il colore di essa fosse stato lasciato da una serie di gocciole cadutevi » [3]. Col procedere della gravi-

[1] La fig. 198, presa da Montgomery, mostra l'areola al terzo mese.
[2] La fig. 199, presa da Montgomery, mostra l'areola al settimo mese.
[3] *Op. cit.* p. 108.

danza queste parvenze si accentuano. Montgomery crede che sieno del tutto qualificative « poichè dipendono esclusivamente dalla gravidanza ».

Per riassumere queste osservazioni sui cangiamenti caratteristici dell'areola, ricordiamo che si vedono: un aumento di volume, un cangiamento di colore, lo sviluppo di glandole areolari, la presenza di un'areola secondaria, uno stato molle e umido del tegumento. Se abbiamo davanti un caso di gravidanza, troviamo questi cangiamenti combinati fra di loro e nei diversi casi alcuni saranno più visibili di altri.

Altri cangiamenti del capezzolo percettibili colla vista. — Nei casi di gravidanza le vene che serpeggiano sotto la pelle divengono più visibili del solito. Un altro cangiamento di cui bisogna tener parola sono delle piccole fenditure sul tegumento che danno origine a strette e sinuose linee bianche che s'irraggiano irregolarmente dal centro delle mammelle e sono prodotte dalla tensione e laceramento della pelle. La presenza di queste linee è un segno di gravidanza, se l'inferma non ha mai concepito o dato latte e se l'ingrossamento del seno, che osserviamo, evidentemente non dipende da accumulazione di grasso; ma in altre circostanze non ha valore e può trarre in inganno.

Valore in generale dei cangiamenti delle mammelle per la diagnosi della gravidanza.—Questi segni, presi nel loro complesso, nel fare la diagnosi del caso che ci sta dinanzi, debbonsi mettere in rapporto con altri segni della gravidanza prima di pronunziare un'opinione definitiva. Nei casi di gravidanza i sintomi seguono un certo grado di regolarità e se c'è uno di essi, certi altri non possono mancare. Così, se nella donna che osserviamo troviamo quel che si può dire un esempio perfetto di areola della gravidanza al quinto mese all'incirca, si dovrà nello stesso tempo trovare nell'addome un tumore; non trovando quest'ultimo si dovrà conchiudere che sono necessarie ulteriori investigazioni. Gli errori che si sono avverati nello stabilire la diagnosi di gravidanza si è visto che quasi sempre dipesero dall'avere il medico dato troppo peso ad alcuni sintomi che egli era abituato a collegare con la gravidanza e a trascurare di ricercare la presenza o la mancanza di altri, forse più importanti.

Mancanza della mestruazione. — Questo sintomo, benchè importantissimo, è lungi dall'essere un segno decisivo della gravidanza (veggasi il capitolo sulla « Amenorrea »).

Movimenti del feto. — È ben noto che, ad un certo punto della gravidanza, la donna comunemente prova una particolare sensazione nell'addome, nella regione uterina, e dovuta, come quasi da tutti si crede, a movimenti reali del feto nell'utero; sensazione che la maggior parte delle volte continua fino a che non sopravvenga il parto. Volgarmente in Inghilterra l'epoca in cui s'incomincia a provare questa sensazione è chiamata « periodo dei movimenti fetali » perchè si crede, benchè a torto, che solo allora il feto cominci ad avere una vita a sè. In generale le donne considerano questo stato di cose come una prova completa della gravidanza e non son rari i casi in cui, mentre si osservano segni dimostranti la impossibilità della gravidanza, le donne continuano ad immaginare d'essere incinte fondandosi su questo sintomo, che esse suppongono infallibile.

Sarà bene in primo luogo di riflettere sulla natura e sul carattere delle sensazioni provate dalla madre e prodotte dallo stato dell'utero gravido, ed in seguito di pensare alle altre cause che possono dar origine a sensazioni consimili.

La sensazione prodotta dai *movimenti attivi* del feto è avvertita comunemente dalla madre alla fine del quarto mese solare dall'epoca del concepimento (Hamilton) oppure « fra la fine della dodicesima e la sedicesima settimana dopo il concepimento, o infine, adottando un altro metodo di fare il calcolo, fra la quattordicesima o la diciottesima settimana dall'ultima mestruazione » (Montgomery). Talvolta è sentita prima, in casi rarissimi si avverte venti settimane dopo il concepimento; in parecchi altri casi non è percepita che molto tempo dopo; dico molto tempo, in proporzione al periodo in cui dovrebbe avvenire. Questi fenomeni sono descritti da Montgomery con le seguenti parole: nelle circostanze ordinarie, quando si avvertono i movimenti fetali, ma specialmente se questi avvengono contemporaneamente ad una repentina elevazione dell'utero fuori della pelvi, è probabile che la donna vada soggetta ad

un'inusitata agitazione nervosa che non di rado giunge fino agli svenimenti o perfino a sincopi complete, dopo di che essa comincia a provare come un leggiero moto vermicolare interno che di giorno in giorno si fa più distinto finchè la madre riconosce pienamente i movimenti del bambino » [1].

Ci sono state però delle discrepanze d'opinione circa la causa di questa sensazione. Così da alcuni fu attribuita all'elevarsi del fondo dell'utero nell'addome, da altri alle prime contrazioni peristaltiche delle fibre muscolari uterine organizzate di recente (Dr. Tyler Smith); si è perfino ritenuto che la sede di queste sensazioni fossero le pareti addominali. L'opinione più generale però è che esse debbano attribuirsi realmente ai movimenti del feto.

La differenza d'opinione sulle cause e sulla natura di questa sensazione dipende da ciò che i fenomeni che si osservano in questo periodo e che più sopra chiamammo movimenti fetali, non sono in realtà sempre identici ed ora indicano il cangiamento di posto dell'utero in seguito all'aumento del suo volume, ora i veri movimenti fetali, ora la possibile contrazione delle sole fibre muscolari uterine. Questa distinzione non è stata ancora abbastanza delineata. È certissimo che le donne non usano quelle parole soltanto per indicare i moti del bambino, bensì molte volte per indicare anche uno speciale deliquio che può non essere seguito per molto tempo dopo dalla sensazione dei movimenti fetali.

Passato il primo periodo, in cui generalmente si avvertono i movimenti suddetti, questi diventano sempre più evidenti e le sensazioni descritte dalla madre non lasciano più alcun dubbio sui movimenti attivi del feto nell'utero. Qualunque dubbio vi possa essere sulla vera natura e sulla sede delle prime sensazioni avvertite dalla madre, non ce ne può essere alcuno sulle loro cause in un periodo più avanzato. Esse sono caratteristiche perchè repentine, brusche e ben distinte. Dapprincipio la madre sente un leggiero colpetto o palpito, qualchevolta poco più di un fastidio, talvolta un solletico od un tremolio che può essere paragonato a quello di un uccelletto stretto nella mano (Montgomery); ma più tardi essa si accorge di movimenti più intensi e più distinti.

I moti del feto non sono regolari e non sono prodotti regolarmente dall'azione delle medesime cause. Non tutte le donne li provano nello stesso grado; in alcuni casi la sensazione manca dal principio alla fine della gravidanza, in altri è così violenta e così forte che l'inferma ricorre al medico per avere un sollievo agli incomodi e ai disturbi di cui quella loro è cagione, altre volte, specialmente verso la fine della gestazione, sopravvengono così ininterrottamente da impedire di dormire e c'è di solito una posizione speciale in cui è più facile che i movimenti si manifestino.

Si deve poi ricordare sempre l'osservazione di Hamilton il quale dice « che tutte le donne che si credono gravide pretendono di aver sentito i movimenti del feto ».

Nelle donne con *tumori addominali*, talvolta si osservano le sensazioni di movimenti interni; i tumori ovarici qualche volta danno una pulsazione irregolare dovuta, probabilmente, alle pulsazioni dell'aorta o dei grandi vasi posti dietro il tumore, che esercita su di essi una pressione. Quando l'utero è disteso per ritenzione mestruale, per la presenza di un uovo in stato di degenerazione idatidea, ecc. e la inferma prova la sensazione stessa che producono i movimenti del feto, questa dipende probabilmente dalle fibre muscolari uterine. Il Dr. Montgomery riferisce tre casi in cui queste anormali sensazioni dipendevano da « gravidanza idatidea »; esse erano però diverse da quelle della gravidanza ordinaria ed avevano piuttosto il carattere di un formicolio o di un guizzamento.

. *Valore comparativo dei diversi segni della gravidanza.*—Non si possono avere dati certi della gravidanza se non dopo il terzo mese, meno che nei rarissimi casi in cui il cuore fetale può essere udito proprio verso la fine di quest'epoca. Prima di questo tempo non possiamo dire altro se non che la gravidanza è *probabile.* I segni (probabili) di gravidanza in questo periodo sono: — soppressione dei mestrui, turgore delle mammelle, discesa delle parti inferiori dell'utero

[1] *Op. cit.* p. 146, 2nd ed.

nella pelvi, spianamento dell'addome [1]. Un esame fatto in questo tempo generalmente non ci potrà far pronunziare una diagnosi positiva.

Dopo la fine del terzo mese, durante il quarto e il quinto un esame dell'addome e della vagina dà, o può dare, indicazioni positive. Nei casi ordinarii la mestruazione anche manca, le mammelle continuano ad ingrossarsi e i cangiamenti delle areole si accentuano, la bocca dell'utero subisce modificazioni caratteristiche, l'utero si può sentire ingrossato dalla vagina e sopra il pube. La vagina acquista una tinta scura, i movimenti del feto si possono sentire dall'osservatore e dall'inferma, il ballottamento diviene percettibile e si possono udire i toni del cuore fetale.

Dopo il quinto mese fino al termine della gravidanza i sintomi ora descritti *continuano* e si fanno più manifesti.

I segni della gravidanza sono stati divisi in tre classi da Montgomery: 1 — presuntivi; 2—probabili; 3—certi. Praticamente però non vi è una grande differenza fra i presuntivi ed i probabili e se si dovesse fare una distinzione fra tutte le gradazioni si andrebbe all'infinito, sembra che basti dividere tutti i segni della gravidanza in 1.° certi; — 2.° — probabili.

1.° — I *segni certi della gravidanza* sono:

I movimenti attivi del feto percepiti in modo non dubbio dal medico.

La presenza del feto *nell'utero* accertata per mezzo del ballottamento.

I toni prodotti dalle pulsazioni del cuore fetale.

Si può emettere un'opinione positiva quando o si osserva uno di questi segni in modo non dubbio e l'osservatore è esperto in queste ricerche e conosce certe possibili cause d'errore, delle quali abbiamo discorso a suo luogo. D'altra parte non si può esprimere nessuna opinione positiva se non si scovre nessuno di questi segni, per quanto insistentemente si tenta il medico a dare il suo parere definitivo, fondandosi sovra altri dati, e come bisogna aver prudenza sotto questo aspetto altrettanto bisogna anche averne quando si afferma che la gravidanza non vi è, occorrendo per quest'ultimo parere prove negative indiscutibili.

2.°— I *segni probabili della gravidanza* non c'è bisogno di enumerarli. Essi abbracciano tutti quelli non inclusi fra i precedenti e a tutti si applica, più o meno, la seguente osservazione: il loro valore come segni probabili di gravidanza, è estremamente diverso nei varii casi e nelle varie epoche; per le circostanze speciali di un dato caso uno di questi segni probabili può ritenersi come certo sempre rispetto a quel dato caso, ma può mancare di qualsiasi valore se osservato in altra donna.

---

[1] L'addome appiattito fu ritenuto da' più vecchi autori come un segno di gravidanza. Un vecchio proverbio dice:

« En ventre plat
Enfant il y a ».

Montgomery *op. cit.* pag. 157.

D.

STERILITÀ.

Osservazioni generali — Segni di virilità nell'uomo.

Cause di sterilita' nella donna. — 1.° Cause meccaniche; stato dell'imene, dell'ostio vaginale, della vagina, presenza di tumori ecc. che si oppongono al coito, — spasmo della vagina; condizioni dell'utero, imperfetto sviluppo, polipi, flessioni, ristrettezza del canale uterino. Infiammazione cronica: malattie delle ovaie; condizioni alterate delle trombe falloppiane; coito in epoca male scelta, mestruazione; malattia follicolare della vulva: malattia del retto. — 2.° Stato anormale delle secrezioni; leucorrea ecc. — 3.° Cause costituzionali o generali; indifferenza sessuale; vittitazione troppo ricca ed abitudini lussuriose; obesità, sifilide.

È difficile trovare uno stato patologico degli organi generativi della donna che direttamente o indirettamente non abbia relazione con la sterilità; perciò, per ben fare la diagnosi della causa della sterilità, è necessario svolgere ampiamente questo argomento.

Il solo metodo pratico di studiare la diagnosi delle cause di sterilità è quello di stabilire in modo definitivo e sistematico quali sono le cause possibili. La seguente lista è stata fatta principalmente sui fatti realmente osservati e ricordati.

La questione che naturalmente sorge per la prima nel determinare la causa della sterilità è la seguente: A chi bisogna attribuirla alla donna o all'uomo?

In alcuni casi, benchè i testicoli sieno evidentemente sani, la secrezione presenta una difettosa virtù fecondatrice [1]. Se il marito sta bene ed ha menato vita temperata, la capacità di fecondare spesso dura fino ad un periodo avanzato della vita; ma in coloro che presto si sono abbandonati agli eccessi i poteri sessuali possono finire prematuramente. In questi ultimi casi, le ricerche mostreranno subito qual'è la natura dell'insufficienza.

Cause di sterilità nelle donne.

Il primo punto a cui devono mirare le nostre ricerche è di determinare se vi è il libero passaggio per le vie che devono percorrere il liquido spermatico e gli ovuli acciocchè si possano mettere in mutuo contatto. La vagina, l'utero le trombe falloppiane, non debbono presentare impedimenti; in caso opposto la sterilità è inevitabile.

Possiamo considerare le cause di sterilità nella donna nelle seguenti tre classi: 1.° Cause meccaniche: stato anormale di qualche parte delle vie generative che può opporsi al libero passaggio del liquido spermatico o degli ovuli. 2.° Condizioni anormali delle secrezioni delle vie generative. 3.° Cause costituzionali o generali.

1.° Cause meccaniche di sterilità.

a) Anomalie dell'imene. — Questo talvolta è fitto e resistente e si oppone ad un coito efficace. I casi in cui si incontra questa anormalità capitano alla nostra

[1] Curling nega che nell'uomo la incapacità a fecondare possa accompagnarsi alla facoltà di prestarsi al coito, che sia, insomma, soggetto alla *sterilità* indipendentemente dalla virilità. Tal volta si è usato il microscopio per determinare la presenza o mancanza degli spermatozoi nella secrezione seminale e si è detto che non si trovarono in alcuni casi di sterilità (veggasi l'importante opera sulla sterilità del Dr. Marion Sims). Sembra che osservazioni recenti dimostrino essere la sterilità dipendente da un'imperfetta costituzione del seme più spesso di quel che una volta si credeva.

osservazione perchè il marito si lagna di non poter godere di un coito soddisfacente. In alcuni di questi casi troviamo che l'emissione mestruale ha luogo con regolarità e senza molto disturbo manifesto; l'imene non è perfettamente completo, ma è perforato in uno o più punti quanto basta per lasciar passare il liquido mestruale, ma non per permettere un completo coito; in questi casi generalmente, ma *non sempre*, v'è la sterilità, giacchè in casi molto bene verificati, alcuni dei quali trovansi descritti in Mauriceau [1], per non citare altri autori più recenti, si è trovato che un imene quasi perfetto non si oppone assolutamente alla fecondazione. In alcuni di questi casi l'imene si è trovato tanto fitto e resistente al termine della gravidanza da impedire realmente il parto. Sicchè vi possono essere i fenomeni mestruali eppure l'imene restare fino ad un certo grado imperforato. In un'altra classe di casi la donna non ha mai avuto mestruazione: l'imene si trova completo e si oppone assolutamente all'uscita dei mestrui. Alcune rare volte l'imene è imperforato, ma al tempo stesso è cedevole tanto da permettere il coito. Quando l'imene è assolutamente imperforato per lo più richiama l'attenzione perchè non si è mai visto sangue mestruale e, se trattasi di donne maritate, si reclama l'intervento del medico più spesso per questo motivo che per la sterilità con la quale si accompagna. L'esame fisico dimostrerà sempre con facilità la natura dell'ostacolo alla fecondazione che trovasi in amendue queste importanti classi di casi.

b) *Ristrettezza o chiusura parziale dell'ostio vaginale o del canale vaginale.* — La vagina rare volte è *parzialmente chiusa* in varii punti del suo tragitto da briglie che danno luogo a parziali restringimenti del canale e rendono difficile o incompleto il coito producendo la sterilità. Questo stato del canale può essere conseguenza di un parto difficile, di lacerazione e cicatrizzazione delle parti, che producono una contrazione ed una parziale o completa chiusura del canale. I restringimenti così formatisi, possono stare in basso, nel sito dell'imene od in alto vicino alla bocca dell'utero.

c) La vagina può *mancare completamente* o essere costituita da un piccolo cul di sacco, che ammette appena la punta del dito. Questo difetto può essere congenito o essere prodotto da un parto difficile, da lacerazioni delle pareti seguite da cicatrizzazione e contrazione delle stesse. Nella varietà congenita non vi è mestruazione a cagione della mancanza che generalmente si trova unita o di un difettoso sviluppo dell'utero: nella varietà acquisita la mestruazione può o non può mancare secondo che il canale è completamente chiuso o no. Questo può essere abbastanza largo da permettere la mestruazione, ma troppo piccolo per il coito.

d) *Tumori ecc. che si oppongono al coito.* — L'apertura dell'ostio vaginale può essere normale quanto ad ampiezza, oppure vi è sterilità per la presenza di un tumore nel canale o situato in modo da impedire un coito efficace. Si sono osservate donne in cui una *clitoride ingrossata* diede gli stessi risultati.

Il canale della vagina può essere occupato da un tumore che impedisce il coito. *L'ipertrofia del collo dell'utero* in forma di tumore conico, talvolta di considerevole volume, i *polipi uterini* penzolanti nella vagina o il *prolasso* dell'utero, possono in certi casi produrre sterilità.

e) *Spasmo vaginale, vaginismo.* — Questo, fino a poco tempo fa, ha appena avuto un posto adeguatamente importante nella serie delle cause di sterilità colla quale ha relazione importantissima. Ha richiamato l'attenzione di Debout, Michon, Marion Sims ed altri ed è stato descritto in alcuni dei più antichi libri di ginecologia. La contrazione spasmodica è prodotta o aggravata dai tentativi di coito; primieramente per l'estrema sensibilità delle parti e in secondo luogo per la chiusura meccanica del canale, il coito è quasi o del tutto impossibile e perciò vi è sterilità. La natura della malattia è stata trattata in un capitolo precedente.

f) *Stato dell'utero.* — *La mancanza o imperfetto sviluppo dell'utero* è una causa di sterilità, la cui presenza si può verificare soltanto con un esame interno (veggasi « Esplorazione della vagina »): vi è una classe di casi che entra in questa

---

[1] *Maladies des Femmes.*

categoria e che praticamente è importantissima, cioè quella in cui il collo dell'utero o piuttosto la sua porzione vaginale è piccola e alquanto infantile ed ha un'apertura anche insufficiente. In molti di questi casi si è osservata la sterilità, la quale è finita incidendo la bocca dell'utero ed allargandone l'apertura.

La sterilità non è una necessaria conseguenza della mancanza della mestruazione. Ripetute volte si è dimostrato che una donna può concepire senza aver avuto mai mestruazione ed ove si faccia la questione se in un dato caso possa permettersi il matrimonio, la mancanza dei catameni non si deve ritenere come un ostacolo *definitivo* allo stesso, tranne il caso in cui fosse accompagnata da un altro e più essenziale difetto sessuale.

Ora enumereremo gli altri stati dell' utero che possono produrre sterilità e prima quei casi in cui la cavità uterina è occupata da tumore—*polipi* dell'utero. La presenza di un polipo, anche di un certo volume, non produce assolutamente sterilità. I *fibromi uterini* sono causa di aborto ed impediscono il concepimento. Quando il tumore è situato nella mucosa e gradatamente si situa di traverso nella cavità uterina, producendo un restringimento o parziale occlusione della stessa, impedisce il concepimento. Sopra 69 donne con fibroma, citate da Scanzoni, 35 non concepirono. Secondo la mia esperienza i fibromi generalmente si oppongono in modo assoluto al concepimento.

L' ipertrofia cronica dell' utero, chiamata anche flogosi cronica « infarto cronico », è una condizione sfavorevole alla fecondità. Scanzoni attribuisce la sterilità delle prostitute a questa alterazione. In generale è accompagnata a congestione e ad esagerata pienezza dei vicini vasi sanguigni che è anche sfavorevole alla fisiologica ovulazione e al normale sviluppo dell'uovo entro l'utero.

Io credo che la causa di gran lunga più comune della sterilità sia quella forma di *atresia* che è prodotta da *flessioni dell'utero.* Di ciò ci siamo diffusamente occupati, nei capitoli sulle « Flessioni » e sulla « Dismenorrea ». La flessione produce sterilità perchè impedisce il passaggio del liquido seminale nell' interno dell'utero. La causa della dismenorrea e della sterilità è spesso la stessa, l'antiflessione uterina si accompagna frequentissimamente alla sterilità.

Il canale cervicale dell'utero può essere *relativamente molto stretto*, e la sede del restringimento è, o all'estremità superiore del canale cervicale, ove si riunisce al corpo dell' utero, o in basso verso la bocca. In questi punti vi può essere *chiusura congenita* del canale. Quando vi è chiusura reale di esso e la bocca uterina è imperforata, naturalmente manca la mestruazione e vi può essere ritenzione mestruale. Quando vi è un'apertura, ma piccola, i sintomi, parlando in termini generali, son quelli della dismenorrea. L'apertura è spesso piccola a causa della flessione e compressione che questa produce, ma quando la bocca è tratta in alto e si raddrizza il canale, la sonda penetra con sufficiente facilità.

Conicità o flessione o allungamento della porzione vaginale. — Il Dr. Marion Sims parla con insistenza, ed io credo a buon dritto, della influenza spiegata da una anormalità del canale nella sua parte più bassa nel produrre la sterilità. La porzione vaginale, qualchevolta è troppo lunga e allora tende a incurvarsi. Questa curvatura (s'intende della porzione del canale che sta nella vagina) talvolta è di tal grado che il lungo ed affilato collo si ripiega quasi sopra sè stesso (veggansi i capitoli sulle « Flessioni »). In tal modo è gravemente impedito il libero passaggio del canale ed importa ricordare che la dismenorrea non è necessariamente accompagnata da flessione del canale in questo punto. La porzione vaginale deve avere una certa lunghezza, forma e direzione ed una anormalità di qualcuna di queste note può produrre la sterilità.

Chiusura valvolare della bocca. — Si osserva quando uno dei labbri è molto più grande dell'altro. La bocca allora ha una forma di semiluna e l' orifizio è virtualmente più piccolo di quel che dovrebbe essere. Con questo stato di cose si può accompagnare la sterilità.

La bocca dell'utero si chiude qualchevolta e la sterilità sopravviene in seguito all' aderenza delle due parti opposte del canale dopo una lacerazione, che di quando in quando succede nel parto. Qualchevolta questa è causata dall' uso incauto od improprio dei caustici.

L' infiammazione cronica e l' indurimento del collo dell' utero sono anche causa di sterilità; le due opposte parti della bocca sono dure, resistenti, e l'apertura

in realtà piccolissima, malgrado che sia larga in apparenza. Il canale è frequentemente contorto e le due parti si toccano l'una coll'altra. La sonda entra prontamente, ma nondimeno il canale è meno libero di quanto dovrebbe essere. Nei casi di *dismenorrea*, accompagnata da espulsione di un tessuto membranoso ad ogni periodo mestruale, c'è quasi sempre la sterilità (veggasi il capitolo « Dismenorrea »).

g) Malattie delle ovaie. — I tumori cistici, o di altra natura, dell'ovaia impediscono il concepimento in molti casi in cui c'è ancora la mestruazione; ma l'esistenza di una malattia di un'ovaia o l'asportazione di un'ovaria per mezzo di un'operazione non è incompatibile con la gravidanza. Le malattie delle ovaie si oppongono alla fecondità della donna quando non può succedere la necessaria secrezione degli ovuli, e per conseguenza nelle trombe falloppiane non sono portati ovuli o sono condotti ovuli in istato morboso, nei quali casi però si deve aspettare che la mestruazione manchi o almeno che sia disturbata; oppure quando la pressione di grandi tumori delle ovaie sposta l'utero e quindi disturba le relazioni naturali di quest'organo in modo da impedire tanto la discesa dell'ovulo quanto l'entrata degli spermatozoi nell'utero.

h) Le alterazioni delle trombe di Falloppio possono anche impedire il passaggio dell'ovulo nell'utero. Qualche volta la peritonite produce tali *adesioni del peritoneo che covre gli organi della pelvi* da rendere fisicamente impossibile che le ovaie sieno afferrate dalle fimbrie terminali delle trombe; cosicchè non può avvenire la caduta dell'uovo. L'*atresia*, o chiusura del canale, è uno stato che talvolta s'incontra, che naturalmente impedisce in modo assoluto la fecondazione degli ovuli provenienti dall'ovaia corrispondente. Questa condizione può essere associata ad *idropisia delle trombe*. I fibromi dell'utero possono qualchevolta produrre l'occlusione delle trombe.

i) Dobbiamo anche registrare una possibile causa di sterilità — importante a ricordarsi — il *coito a tempo non debito*. È un fatto che le donne sono molto più suscettibili di fecondazione immediatamente dopo la cessazione dello scolo mestruale, percui questo è il periodo più favorevole per il coito. Si dice che Caterina dei Medici, moglie di Enrico II di Francia, rimanesse incinta dopo molti anni di sterilità, forse per aver seguito il consiglio del Dottor Fernel, che il coito doveva essere praticato solamente nel periodo suddetto [1]. Può darsi che in molti casi speciali di sterilità, ricercando bene, si trovi essere questa dovuta all'aver sempre trascurato, per ignoranza, di seguire questa regola.

k) Dopo le suddette non si devono trascurare molte altre cause occasionali, ma per nulla necessarie, che menano all'aborto. Così è che il vizio della *masturbazione*, il coito *troppo frequente*, e qualche malattia dell'apertura vulvare, come per esempio, l'*infiammazione follicolare della vulva*, sono le cause più importanti di questa categoria. Si sa che anche le *malattie del retto* possono avere una relazione con la sterilità.

2. Anomalie delle secrezioni delle vie generative.

Leucorrea. — Nello stato ordinario di salute, il contatto delle secrezioni della mucosa che copre il collo dell'utero, questo e la vagina con gli spermatozoi non ne diminuisce il vigore e l'attività fecondatrice; ma queste secrezioni possono essere così alterate da danneggiare materialmente l'attività degli spermatozoi e da impedire in modo meccanico per la loro viscidità e tenacità (Dr. Tyler Smith) il passaggio degli spermatozoi nella cavità uterina. La secrezione vaginale è per sua natura acida, il muco cervicale è per sua natura alcalino; il grado normale di acidità e di alcalinità rispettiva di queste due secrezioni non è offensivo per gli spermatozoi; ma si è dimostrato sperimentalmente che, se il muco vaginale fosse troppo acido o se il muco cervicale fosse troppo alcalino, gli spermatozoi sotto l'influenza di queste due secrezioni perderebbero presto il potere di muoversi. Le relazioni che esistono fra la leucorrea e la sterilità sono state pienamente

---

[1] Montgomery, *op. cit.* p. 479.

trattate da alcuni recenti autori, ed in particolare dal Dr. Whitehead [1] dal Dr. Tyler Smith [2] e dal Dr. Marion Sims [3] e ciascuno di essi cita numerosi esempii di sterilità associata alla leucorrea e nei quali sembrava che ci dovesse essere ben poco dubbio che l'influenza dannosa della leucorrea nella fecondazione dipendesse appunto dallo stato morboso delle secrezioni.

3. Cause costituzionali e generali della sterilità.

Una delle condizioni che qui dobbiamo citare è l'*indifferenza sessuale* — una mancanza d'inclinazione per il coito. Non si può negare che si è data troppa importanza alla connessione fra quest'indifferenza con la sterilità: vi sono donne che concepiscono e partoriscono senz'avere nessuna, o ben poca, inclinazione per i piaceri sessuali. Questo fatto è *necessariamente* in rapporto con la sterilità solamente quando gli organi genitali sono deficienti o sviluppati in modo imperfetto; e dalla suddetta mancanza d'inclinazione di alcune donne per il coito non si può dedurre seriamente che esse non possano concepire.

Spesso il concepimento non può aver luogo quando ci è *grande debolezza generale* ed *anemia*. Le funzioni ovariche si alterano al pari del resto del corpo e la donna perde l'attitudine di procreare. Frequentemente, come si sa, assieme all'anemia, si osservano disturbi delle funzioni mestruali; e son pochi i casi in cui, verificandosi la mestruazione, la sterilità dipende solamente dall'anemia.

Un altro stato, opposto al precedente, è più spesso causa di sterilità, vogliamo dire quello prodotto da *vittitazione troppo ricca* o da *abitudini lussuriose.* È cosa che si osserva ogni giorno che le classi lavoratrici, spesso afflitte dalla miseria, sono prolifiche in un grado che non si trova nelle classi più elevate della società. Il defunto Dr. Marshall Hall diceva: «essere dimostrato in modo indiscutibile dal Sig. Sadler, nella sua opera sopra le «Leggi della Popolazione» che la fecondità della razza umana è diminuita da quel metodo indolente o lussurioso di vita che prevale fra i ricchi, ed è accresciuto dalla vita laboriosa e parca del povero.... e stare la proporzione dell'infecondità fra queste due classi, parlando in termini generali, come sei ad uno [4].

Nelle donne *straordinariamente grasse* è facile osservare una incapacità a concepire.

Sifilide. — È ben noto che la presenza di un'infezione sifilitica in uno dei genitori è spesso causa di aborti o di parti prematuri. Si può tuttavia domandare se la presenza della sifilide sia causa di sterilità col distruggere il prodotto della concezione ad un periodo così precoce della gravidanza che questa non può essere per questa ragione avvertita — essendo cioè la donna in realtà capace di concepire, ma essendo ben presto ucciso il prodotto del concepimento. Gli effetti dannosi di un'affezione sifilitica sul normale sviluppo della decidua al principio della gravidanza sono stati e sono ancora appena ritenuti degni di attenzione; ma è certo possibile che una malattia di carattere sifilitico della decidua debba essere da oggi in poi considerata come una causa patologica di sterilità. I fatti capitati sotto la mia osservazione mi hanno portato a sospettare che la sifilide possa dare origine agli inconvenienti or ora descritti.

Conclusione. — Nel cercare di trovare la causa della sterilità sarà necessario che il medico esamini attentamente l'anamnesi e gli antecedenti dell'inferma, il modo come avviene la mestruazione, e lo stato generale della sua salute. Poi, sarà generalmente necessario di fare un esame della vagina e degli organi generativi esterni, e se non vi si trovi alcuna causa di sterilità, esaminare anche l'utero: nel fare il suddetto esame devesi adoperare tanto l'occhio quanto la mano. Nell'ispezionare lo stato dell'utero, sono necessarii lo specolo e la sonda uterina, uno separatamente dall'altra, o insieme.

[1] *On Abortion and Stérility.*
[2] *On Leucorrhœa.*
[3] *On Sterility.*
[4] *On Constitutional Diseases of Female*, 1830, p. 7.

INDICE ALFABETICO


WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

Scrofola e tubercolo: pel prof. ENRICO TRENTHAM BUTLIN. *Traduzione* del dott. LAYFIELD, *con aggiunte* del prof. E. DE RENZI (Napoli).
Rachitide: pel prof. J. LEWIS SMITH. *Traduzione con aggiunte* del dott. PANZERI (Milano).
Scorbuto: pel prof. FILIPPO S. WALES. *Traduzione* del dott. G. HOFFER, *con aggiunte* del prof. CANTANI (Napoli).
Reciproci effetti delle condizioni o lesioni costituzionali: pel prof. A VERNEUIL. *Traduzione* del dott. G. HOFFER.

PARTE SECONDA

Principi generali di diagnosi chirurgica: pel prof. D. HAYES AGNEW. D. M. LL. D.; BARTON. *Traduzione* del dott. PERLI *con note* del prof. DE SANCTIS (Napoli) e prof. PAOLUCCI (Napoli).
Scossa: per i prof. C. W. MANSELL-MOULLIN, M. A., M. D. OXON. *Traduzione* del dott. Perli, *con note* del prof. VIZIOLI (Napoli).
Delirio traumatico e delirium tremens: pel prof. GUGL. HUNT. *Traduzione con aggiunte* del prof. TAMBURINI (Reggio Emilia).
Anestetici e anestesia: pel prof. ENRICO M. LYMAN, *Traduz.* del dott. MATONI.
Chirurgia minore: pel prof. CARLO T. HUNTER D. M. *Traduzione con note* del dott. F. PARONA (Novara).
Chirurgia plastica: pel prof. CRISTOFORO JOHNSTON D. M. *Traduzione* del dott. MATONI *con note* del prof. D'AMBROSIO (Napoli).
Chirurgia operativa in generale: pel prof. GIOVANNI H. BRINTON. *Traduzione* del dott. SCAMBELLURI, *con note* del prof. GALLOZZI (Napoli).
Amputazioni: pel prof. GIOVANNI ASHURST, juniore D. M. *Traduzione* del dott. G. HOFFER, *con note* del prof. CECCHERELLI (Parma).

Indice del Secondo Volume

PARTE PRIMA (*Compiuta*)

Contusioni di HUNTER MC. GUIRE M. D. Professore emerito di chirurgia nel Collegio Medico di Virginia, Richmond. *Traduzione* del dott. CESARE MINERBI dell'Arcispedale Sant'Anna di Ferrara, *con note* del prof. CECCHERELLI dell'Univ. di Parma.
Ferite, di T. BRYANT F. R. C. S. Chirurgo e Lettore di Chirurgia nell' Ospitale Guy's di Londra. *Traduzione*, del dott. C. MINERBI, *con note* del prof. C. BAJARDI dell' Istituto Superiore di Studi in Firenze.
Il metodo antisettico di trattare le ferite, di W. W. CHEYNE, Chirurgo assistente nel R. College Hospital di Londra. *Traduzione* del dott. G. MINERBI, *con note* del prof. D. BAJARDI.
Ferite avvelenate, di J. H. PACHARD, Chirurgo nell' Ospitale vescovile di Filadelfia. *Traduzione* del dott. G. MINERBI, *con note* del prof. D. BAJARDI.
Ferite di sciabola, di baionetta e di freccia. di J. H. BILL. Chirurgo militare e Luogotenente colonnello degli Stati Uniti. *Traduzione* del dott. C. MINERBI, *con note* del prof. D. BAJARDI.
Ferite d'armi da fuoco. di P. S. CONNER, professore di Anatomia e di Clinica Chirurgica nel Collegio Medico di Ohio, Cincinnati. *Traduzione* del dott. C. MINERBI, *con note* del prof. D. BAJARDI.
Effetti del caldo, di T. G. MORTON, Chirurgo nell'Ospitale Pensylvania, Filadelfia. *Traduzione* del dott. C. MINERBI.
Effetti del freddo. di J. A. GRANT, dottor fisico dell' Ospitale Generale Protestante di Canadà. *Traduzione* del prof. MINERBI.
Ascessi, di HOWARD MARSH, Chirurgo assistente nell'Ospitale San Bartolomeo a Londra. *Traduzione* del dott. CESARE MARENESI.

PARTE SECONDA. **Malattie Veneree** (*In corso di stampa*).

In preparazione i Volumi Terzo e Quarto

L'Opera esce a fasc. di pag. 48, uno o due per ogni mese. Il prezzo del fascicolo è di UNA lira.

Pei signori Medici, *non Correntisti della Casa*, il pagamento dovrà farsi in rate anticipate, ciascuna di L. **10**.

